

Assi Sunila
Saana Tolvanen

**TERVEYDENHUOLLON AMMATTI-
HENKILÖIDEN ASENTEET SYÖMIS-
HÄIRIÖITÄ SAIRASTAVIA KOHTAAN**
- Kyselylomakkeen laatiminen

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja AMK

2018

Tekijät	Tutkinto	Aika
Assi Sunila, Saana Tolvanen	Sairaanhoitaja (AMK)	Syyskuu 2018
Opinnäytetyön nimi Terveystenhuollon ammattihenkilöiden asenteet syömishäiriötä sairastavia kohtaan - Kyselylomakkeen laatiminen		44 sivua 20 liitesivua
Toimeksiantaja Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea		
Ohjaaja Sari Engelhardt		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja tuottaa toimeksiantajalle luotettava kyselylomake, jonka avulla toimeksiantaja voi tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriötä sairastavia kohtaan Kymenlaakson alueella. Opinnäytetyö toimii Kymenlaaksossa kehitettävän syömishäiriöiden hoitomallin tukena. Työn tavoitteena on teorian ja aiempien tutkimusten pohjalta koota tutkittua tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteista syömishäiriötä sairastavia kohtaan. Tavoitteena on myös, että tuotetun kyselylomakkeen avulla saatua tietoa voidaan tulevaisuudessa käyttää niin toimeksiantajan kuin Kymenlaaksossa kehitettävän syömishäiriöiden hoitomallin toiminnan kehittämiseen.</p> <p>Opinnäytetyö määritellään kehittämistehtäväksi ja sen tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen avulla haettiin vastauksia kolmeen tutkimuskysymykseen, joita olivat: "Minkälaisia asenteita terveydenhuollon ammattihenkilöillä on syömishäiriötä sairastavia kohtaan?", "Mitkä tekijät vaikuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteisiin syömishäiriötä sairastavia kohtaan?" ja "Miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet syömishäiriötä sairastavia kohtaan vaikuttavat syömishäiriöpotilaiden hoitoon?". Kirjallisuuskatsauksen tulokset analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta.</p> <p>Tutkimuksen perusteella terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet syömishäiriötä sairastavia kohtaan ovat enimmäkseen negatiivisia, mutta myös positiivisia asenteita havaittiin. Tutkimusten perusteella saatiin selville, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet vaikuttavat epäsuotuisasti syömishäiriöpotilaiden hoitoon. Terveystenhuollon ammattihenkilöiden asenteiden havaittiin vaikuttavan epäsuotuisasti myös syömishäiriöpotilaiden hoidon tuloksiin ja jatkuvuuteen sekä hoitoon hakeutumiseen. Asenteilla onkin siis suuri merkitys potilaan kohtaamiseen ja hoitoon.</p>		
Asiasanat syömishäiriöt, asenteet, terveydenhuoltohenkilöstö		

Authors	Degree	Time
Assi Sunila, Saana Tolvanen	Bachelor of Health Care	September 2018
Thesis title Preparation of a questionnaire to determine healthcare professionals' attitudes towards patients with eating disorder		44 pages 20 pages of appendices
Commissioned by Carea – Kymenlaakso Social and Health Services		
Supervisor Sari Engelhardt		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to plan and create a reliable questionnaire for the commissioner to use to determine healthcare professionals' attitudes towards patients with eating disorders in Kymenlaakso. The thesis serves as a support for an eating disorder treatment model that is being developed in Kymenlaakso. The purpose of the thesis is to gather information about healthcare professionals' attitudes towards patients with eating disorder based on theory and previous studies. The objective is also to ensure that the information gathered with the questionnaire can be used in the future to develop the operation of the commissioner and to contribute the eating disorder treatment model that is being developed in Kymenlaakso.</p> <p>The thesis is a design-based study and literature review was used as research method. Literature review was used to research answers to these three research questions: "What kind of attitudes do healthcare professionals have towards patients with eating disorders?", "Which factors affect the healthcare professionals' attitudes towards eating disorders?" and "How healthcare professionals' attitudes affect the treatment of patients with eating disorders?". A data-oriented content analysis was used to analyze the results of the literature review. The questions of the questionnaire were formed based on the results of the literature review.</p> <p>The results indicate that healthcare professionals' attitudes towards patients with eating disorders are mostly negative though some positive attitudes were detected. Based on studies, healthcare professionals' attitudes adversely affect the treatment of patients with eating disorders. Healthcare professionals' attitudes were also found to adversely affect the seeking of the treatment, results and continuity of the treatment. It seems to that attitudes have a great importance in the encounter and the treatment of the patient.</p>		
Keywords eating disorders, attitudes, health care staff		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIVA KEHITTÄMINEN JA YHTEISTYÖTAHO.....	7
3	SYÖMISHÄIRIÖT	8
3.1	Syömishäiriöiden hoito.....	10
3.2	Laihuushäiriö	11
3.3	Ahmimishäiriö	13
3.4	Ahmintahäiriö (BED)	14
3.5	Epätyypilliset syömishäiriöt	16
4	TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖT JA ASEENTEET KÄSITTEENÄ	16
5	KIRJALLISUUSKATSAUS KYSELYLOMAKKEEN LAADINNAN TUKENA.....	18
5.1	Aineiston haku ja arviointi	20
5.2	Aineiston analyysi	23
6	TULOKSET	25
6.1	Asenteiden laatu	25
6.2	Asenteisiin vaikuttavat tekijät	27
6.2.1	Ammattihenkilöihin liittyvät tekijät	27
6.2.2	Potilaisiin ja sairauteen liittyvät tekijät	29
6.2.3	Hoitoon liittyvät tekijät	30
6.3	Asenteiden vaikutus hoitoon	30
7	KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN	31
7.1	Kyselylomakkeen kysymysten muodostaminen.....	34
7.2	Kyselylomakkeen luotettavuus.....	36
8	POHDINTA	36
8.1	Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysideat	38
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	39
	LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen hakutaulukko

Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysin muodostumisesta

Liite 4. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, jotka koskettavat niin sairastunutta kuin hänen läheisiään. Ne ovat mielen ja kehon sairauksia, jotka vaativat sekä psykiatrista että somaattista hoitoa. Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia, joihin liittyy korkea kuolleisuus sekä heikentynyt terveyteen liittyvä elämänlaatu. (Pohjolainen 2017, 6.) Syömishäiriöiden taustalla on usein löydettävissä erilaisten tekijöiden yhteisvaikutus. Häiriintynyt syömiskäyttäytymisen voi puhjeta psyykkisen paineen tai stressin seurauksena, joiden taustalla voi olla esimerkiksi jokin kuormittava elämäntapahtuma. Kovinkaan usein syömishäiriön puhkeamiselle ei kuitenkaan pystytä löytämään yksittäistä selittävää tekijää tai tapahtumaa. (Syömishäiriöliitto 2017.)

Syömishäiriöiden hoitoa pidetään vaativana. Siihen liittyy esimerkiksi sairautunuttomuutta ja ambivalenttia eli kaksijakoista suhtautumista oman sairauden suhteen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.) Syömishäiriöiden hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä, ja hoitoketjuun kuuluu paljon eri toimijoita alkaen perusterveydenhuollosta aina somatiikan ja psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluihin asti (Pohjolainen 2017, 6). Tavoitteiden saavuttamiseksi olisi hoidossa siis hyvä olla mukana moniammatillinen tiimi, jossa on edustettuna monen osa-alueen erityisosaaminen (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60). Luonnollisesti tästä seuraa kustannuksia, jotka ovat merkittäviä myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Syömishäiriöiden hoitoa on perinteisesti pidetty kalliina. (Pohjolainen 2017, 6.)

Opinnäytetyömme teoreettisessa osuudessa käsittelemme yleisellä tasolla niin terveydenhuollon ammattihenkilöitä, asenteita kuin syömishäiriöitäkin. Opinnäytetyön aiheen saimme Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carealta. Työn tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen pohjalta suunnitella ja toteuttaa kyselylomake, jonka avulla toimeksiantaja voi tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan Kymenlaakson alueella. Opinnäytetyömme toimii Kymenlaaksossa kehitettävän syömishäiriöiden hoitomallin tukena.

2 TUTKIVA KEHITTÄMINEN JA YHTEISTYÖTAHO

Kanasen (2015, 33) mukaan kehittämistutkimuksessa yhdistyvät nimensäkin mukaisesti kehittäminen ja tutkimus. Kehittämistutkimuksella tähdätään muutokseen, jonka aikaansaamiseksi kehitetään esimerkiksi tuotetta tai menetelmää. Kaikenlaista muutosta ja sen aikaansaamista ei kuitenkaan pidetä kehittämistutkimuksena, vaan kehittämistutkimus vaatii aina tutkimuksellisen otteen ja tutkimusosion. Kehittämistutkimuksen tutkimuksen kohteena on jokin kohde, jota halutaan kehittää. Kohteena voi olla mikä tahansa, johon voidaan vaikuttaa, esimerkiksi jokin prosessi, toiminto tai tuote. (Kananen 2015, 39–40.) Kehittämistutkimuksen taustalla on aina teoria tai teorit, joihin kehittyminen pohjautuu (Kananen, 2012, 19). Kehittämistutkimusta ei pidetä omana erillisenä tutkimusmenetelmänä. Sen sijaan se on joukko tutkimusmenetelmiä, joita yhdistellään tutkimusongelman, -tilanteen ja kehittämiskohteen mukaisesti. Kehittämistutkimuksessa voivat tarpeen mukaan yhdistyä kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. (Kananen 2015, 33.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on suunnitella ja tuottaa toimeksiantajalle luotettava kyselylomake, jonka avulla toimeksiantaja voi tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan Kymenlaakson alueella. Työn tavoitteena on teorian ja aiempien tutkimusten pohjalta koota tutkittua tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteista syömishäiriöitä sairastavia kohtaan. Syömishäiriöiden hoitoa kehitetään eri puolilla Suomea, myös Kymenlaaksossa, jossa kehitetään hoitomallia syömishäiriöiden hoitoon. Opinnäytetyömme toimii Kymenlaakson kehittämistyön, kuten koulutussuunnittelun, tukena. Näin ollen työn tavoitteena on myös se, että laatiimme kyselylomakkeen avulla saatua tietoa voidaan tulevaisuudessa käyttää niin toimeksiantajan kuin Kymenlaaksossa kehitettävän syömishäiriöiden hoitomallin toiminnan kehittämiseen. Hoitomallia työstää moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu Kymenlaakson alueelta edustusta niin perusterveydenhuollosta kuin psykiatrisesta ja somaattisesta erikoissairaanhoidosta sekä lapsiperheiden sosiaalipalveluista.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea, jolla on toimipisteitä eri puolilla Kymenlaaksoa, pääasiassa Kotkassa ja Kouvolassa. Toimipisteisiin lukeutuvat Kymenlaakson

psykiatrinen sairaala (KYPS), Kymenlaakson keskussairaala (KOKS), Pohjois-Kymen sairaala (PoKS) ja sosiaalipalvelut (SOSPA). Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea työllistää noin 2200 eri alan ammattilaista. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea s.a.)

Kymenlaaksossa syömishäiriöiden hoitoon osallistuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi myös opetustoimi ja työterveyshuolto. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carealla hoitoa toteutetaan niin psykiatrian kuin somatiikan toimipisteissä. Syömishäiriöiden hoidossa hoitovastuu psykiatriassa on lastenpsykiatrialla, nuorisopsykiatrialla ja aikuispsykiatrialla. Somaattisella puolella syömishäiriöitä hoidetaan perusterveydenhuollossa, lastentaudeilla ja sisätaudeilla. Syömishäiriöiden hoito pyritään toteuttamaan sekä psykiatriassa että somatiikassa avohoitona, mutta vaikeahoitoisissa vaiheissa voidaan joutua turvautumaan osastohoitoon. (Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea 2016.)

3 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia (Syömishäiriöliitto 2009, 5). Sairastuneista enemmistö on tyttöjä ja naisia, mutta myös pojat ja miehet voivat sairastua erilaisiin syömishäiriöihin (Mielenterveystalo s.a.). Oireilun oletetaan lisääntyneen pojilla ja miehillä, tai ainakin heidän oireilunsa tunnistaminen on parempaa kuin aikaisemmin. Poikien ja miesten osuuden kaikista syömishäiriöön sairastuneista arvioidaan olevan noin 10 prosenttia riippuen hieman syömishäiriötyypistä. (Syömishäiriöliitto 2017.) Syömishäiriöihin sairastutaan yleisimmin 12–24 vuoden iässä (Käypä hoito -suositus 2014). THL:n Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi -tutkimuksen mukaan 6 prosenttia 20–35-vuotiaista naisista on sairastanut joskus syömishäiriön, ja heistä kolmasosalla häiriö todettiin edelleen haastatteluhetkellä. Laihuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys oli 2,3 prosenttia, ahmimishäiriön 2,1 prosenttia ja tarkemmin määrittämättömän syömishäiriön 2,0 prosenttia. Saman ikäisistä miehistä 0,3 prosenttia oli sairastanut syömishäiriön. (THL 2014.)

Syömishäiriön taustalla on usein löydettävissä erilaisten tekijöiden yhteisvaikutus. Syömishäiriöliiton sivuilla tällaisiksi vaikuttaviksi tekijöiksi nostetaan esimerkiksi yhteiskunta, perhe, ihmissuhteet, biologia ja nuoruusiän kehitys. Nykytiedon valossa uskotaan myös, että syömishäiriöoireilulle altistavalla persoonallisuuden rakenteella ja perintötekijöillä on keskenään yhteys. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen voi puhjeta psyykkisen paineen tai stressin seurauksena, joiden taustalla voi olla esimerkiksi jokin kuormittava elämäntapahtuma. Tapahtuma itsessään ei ole ratkaiseva tekijä, vaan se, miten yksilö reagoi tapahtuneeseen ja siitä mahdollisesti johtuvaan muutokseen. On hyvä kuitenkin tiedostaa, että kovinkaan usein syömishäiriön puhkeamiselle ei pystytä löytämään yksittäistä selittävää tekijää tai tapahtumaa. (Syömishäiriöliitto 2017.)

Syömishäiriöiden taustalla usein esiintyvä psyykkinen pahoinvointi ilmenee häiriintyneen syömiskäyttäytymisen lisäksi myös muutoksina sairastuneen fyysisessä tilassa. Syömishäiriöstä kärsivän ihmisen ajattelu ja käyttäytyminen ovat epänormaalia erityisesti suhteessa ruokaan, kehoon ja liikuntaan. Sairauteen liittyy usein myös vääristynyt kehonkuva ja käsitys omasta itsestä. Lapsilla ja nuorilla sairaus vaikuttaa kehityksen eri osa-alueisiin ja voi pitkään jatkessaan vaarantaa normaalin psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kehityksen. Tunnetuimmat muodot syömishäiriöille ovat laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia, bulimia nervosa) sekä epätyypilliset syömishäiriöt. (Syömishäiriöliitto 2009, 5–6.)

Eri tautiluokitusten, erityisesti Suomessa terveydenhuollossa yleisesti käytetyn ICD-10:n ja amerikkalaisen psykiatrasta tutkimusta varten laaditun DSM-V-luokitusten diagnostiset kriteerit auttavat tunnistamaan syömishäiriön oireet ja asettamaan oikean diagnoosin. Potilas ei välttämättä oireile puhtaasti anorektisesti tai bulimisesti, vaan käyttäytymisessä saattaa olla piirteitä joko bulimiasta tai anoreksiasta tai molemmista. Syömishäiriö voi myös muuttaa muotoaan tyyppistä toiseen. Myös samanaikaissairastavuus on tavallista syömishäiriötä sairastavilla, yleisimmin esiintyviä muita mielenterveydenhäiriöitä ovat masennus, ahdistuneisuushäiriö sekä persoonallisuushäiriö. Suurimman syömishäiriöpotilasryhmän muodostavat epätyypilliset syömishäiriöt. (Viljanen ym. 2005, 10; Käypä hoito -suositus 2014.)

3.1 Syömishäiriöiden hoito

Hoidon varhaisella aloittamisella pystytään lisäämään paranemisennustetta ja nopeuttamaan paranemisprosessia. Tästä syystä olisi suositeltavaa hakeutua mahdollisimman nopeasti hoitoon sairauden tultua ilmi. (Syömishäiriöliitto 2009, 21–22.) Usein syömishäiriöön sairastuneella henkilöllä esiintyy kuitenkin sairaudentunnottomuutta, joka voi vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen. Muiden sekaantuminen sairastuneen oireisiin saattaa aiheuttaa hänessä voimakasta vastustamista. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 61.) Eteneminen hoitoon hakeutumisessa ja avunsaannissa riippuu paikkakunnalla olevista hoitomahdollisuuksista, -ohjeistuksista ja resursseista. Hoitoon pääsyä maassamme säätelevät laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidonlait. (Syömishäiriöliitto 2009, 22.) Tavallisesti riittää, että hakeutuu hoitoon ajanvarauksen kautta koulu- tai työterveydenhuoltoon tai terveyskeskukseen. Jos tarve vaatii, näistä ohjataan eteenpäin syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneisiin yksiköihin (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.) Hoitoon hakeuduttaessa ei yleensä ole kyse kriisitilanteesta. Kuitenkin sairastuneen hyvinvoinnin äkillisesti heiketessä on syytä hakeutua oman alueen päivystysvastaanottoon. (Syömishäiriöliitto 2009, 21–22.)

Keski-Rahkonen ym. toteavat, että syömishäiriöiden kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteina ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen ja psyykkisten oireiden lieventyminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.) Syömishäiriöiden hoito pyritään yleisesti toteuttamaan avohoitona. Sairaalahoittoa tarvitsevat usein hoidon alkuvaiheessa vaikeasti sairaat, huomattavan alipainoiset laihuushäiriöpotilaat. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Erilaiset terapeutit ja psykososiaaliset lähestymistavat ovat keskeisiä syömishäiriöiden hoidossa. Käytössä on esimerkiksi erilaisia hoito- ja psykoedukaatioryhmiä sekä yksilöhoitoa. Lääkitys saattaa auttaa ahmimishäiriön ja ahmintahäiriön (BED) hoidossa, kun taas laihuushäiriön ydinoireet lievittyvät vain harvoin lääkehoidolla. (Käypä hoito -suositus 2014.) Oireiden vakavuus sekä sairaus- ja hoitohistoria vaikuttavat hoidon yksilöllisiin tavoitteisiin. Tavoitteiden saavuttamiseksi olisi hoidossa hyvä olla mukana moniammatillinen tiimi,

jossa on edustettuna monen osa-alueen erityisosaaminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 60.)

Sairastuneen valmius olla yhteistyössä hoitavan tahon kanssa luo parhaat edellytykset hoidon onnistumiselle, ja siksi sairaudentunnon vahvistuminen on tärkeää. Tosiasioihin perustuva tiedon anto syömishäiriön vaikutuksista voi herätellä sairaudentuntoa ja hoitomotivaatiota. Tärkeää on myös sairastuneen omien käsitysten kuunteleminen tilanteesta. (Syömishäiriöliitto 2009, 22.)

3.2 Laihuushäiriö

Laihuushäiriöllä eli anorexia nervosalla tarkoitetaan etenkin nuoruusiässä ilmenevää syömisen säännöstelyä ja välttelyä, jonka seurauksena on sairastuneen laihtuminen ja alipaino. Sairastuneen ruumiinkuva on tyypillisesti vääristynyt. Laihuushäiriön oireilu alkaa tavallisesti innostuksesta syödä terveellisesti ja lisätä liikuntaa. Sairastunut saa usein alkuvaiheessa positiivista palautetta laihtumisestaan, ja kokee ruuasta kieltäytymisen ja laihtumisen onnistumisena. Laihdutusyritys muuttuu lihomisen pelosta johtuen pakonomaiseksi ja hallitsemattomaksi. Laihuushäiriö on usein pitkäaikainen, ja sen kulku on aaltoilevaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 14; Suokas & Rissanen 2017; Syömishäiriöliitto 2009, 11.) Enemmistö sairastuneista on naisia, miesten osuus sairastuneista on n. 5–10 % (Huttunen & Jalanko, 2017).

Laihuushäiriö kuuluu ICD-10-tautiluokitukseen, jossa taudin määrittämisessä erotellaan kaksi diagnoosia. Näitä ovat laihuushäiriö eli anorexia nervosa ja epätyypillinen laihuushäiriö. Epätyypillisessä laihuushäiriössä yksi tai useampi laihuushäiriön tunnusmerkeistä puuttuu. (Suokas & Rissanen 2017.) Laihuushäiriö kuuluu ICD-10-tautiluokituksen lisäksi myös DSM-luokitusjärjestelmään, jossa laihuushäiriö jaotellaan restriktiiviseen ja bulimiseen päätyyppeihin. Restriktiivisessä tyypissä ruuasta kieltäytyminen, paastominen sekä pakonomainen liikunta hallitsevat taudinkuvaa. Bulimisessa tyypissä tavallisesti säännöstelty syöminen voi ajoittain muuttua hallitsemattomaksi, josta seuraa ahmimiskohtauksia. Sairastunut voi yrittää korjata ylilyönneiltä tuntuvaa syömistä oksentamalla tai käyttämällä ulostus- tai nesteenpois-

tolääkkeitä. ICD-10-luokituksessa laihuushäiriötä ei jaotella alatyyppeihin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 16; Raevuori & Ebeling 2016.)

Laihuushäiriön seurauksena ilmenevät laihtuminen ja alipaino aiheuttavat monenlaisia somaattisia seurauksia, kuten esimerkiksi hiustenlähtöä ja ohenevista, väsymystä, palelua, huimausta ja pyörtyilyä sekä nukkamaista ihokarvoitusta eli lanugokarvoitusta. Laihtumisen seurauksena voi ilmetä myös pulsstin hitautta, matalaa verenpainetta ja rytmihäiriöitä. (Syömishäiriöliitto 2009, 11; Suokas & Rissanen 2017.) Häiriön pitkittyessä myös sukupuolihormonitoiminta voi vaimentua, mikä voi ilmetä naisilla kuukautisten poisjäämisellä ja miehillä seksuaalisen halukkuuden ja toimintakyvyn heikkenemisenä (Keski-Rahkonen ym. 2010, 15). Pitkään jatkuneeseen aliravitsemustilaan voi liittyä myös hedelmättömyyttä (Keski-Rahkonen ym. 2010, 43). Pitkittyessään laihuushäiriöön voi liittyä myös muita vakaviakin seurauksia, kuten luukatoa. Somaattisten seurausten lisäksi laihtumisen ja siitä johtuvan vajaaravitsemuksen myötä voi ilmetä myös psyykkisiä seurauksia, kuten masennusta ja ruokaan liittyviä pakkoajatuksia. (Suokas & Rissanen 2017.) Muiden mielenterveydenhäiriöiden, kuten pakko-oireisen häiriön, masennuksen ja sosiaalisten tilanteiden pelon samanaikaisuus on tavallista (Huttunen & Jalanko 2017).

Laihuushäiriön hoidon aloitus voi olla vaativaa, sillä sairastunut usein kieltää oireensa ja vastustaa painon muutosta. Hoidon tavoitteena on aliravitsemuksen korjaantumisen lisäksi syömiskäyttäytymisen normalisoituminen sekä psykososiaalinen tervehtyminen. (Suokas & Rissanen 2017.) Sairastuneen motivoituttua hoitoon hoito koostuu ravitsemusneuvonnasta, painon seurannasta sekä yksilöllisesti räätälöidyistä psyko- ja perheterapioista (Huttunen & Jalanko 2017). Myös sairastuneen somaattista tilaa seurataan säännöllisesti. Ravitsemuksen suunnittelussa käytetään apuna usein ravitsemusterapeuttia. Liiallisen ja pakonomaisen liikunnan ja ruumiinkuvan häiriöiden kohdalla voidaan turvautua fysioterapeutin tutkimuksiin ja ohjaukseen. (Raevuori & Ebeling 2016.) Hoidon onnistumisen edellytyksenä on sairastuneen oman halun ja parantumisvalmiuden lisäksi myös potilaan ja hoitohenkilöstön välinen luottamus ja ymmärtävä hoitosuhde. Hoito toteutetaan pääsääntöisesti avohoidossa, mutta myös sairaalahoito voi olla tarpeen, mikäli avohoito ei ole riittävän tehokasta. Hoito voidaan toteuttaa myös tahdosta riippumatta, mikäli tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset täyttyvät. Laihuushäiriön

uusiutumista pyritään ehkäisemään pitkällä avohoidon jatkoseurannalla ja välittömällä puuttumisella potilaan tilanteen pahentuessa. (Suokas & Rissanen 2017.)

3.3 Ahmimishäiriö

Ahmimishäiriöllä eli bulimia nervosalla tarkoitetaan häiriötä, jolle on keskeistä toistuvat ahmimiskohtaukset joihin liittyy syömisen hallinnan tunteen kadottaminen. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 19). Ahmimiskohtauksia seuraavat toistuvat laihdutusyritykset ja ahmitun ruuan tyhjentämisyritykset oksentamalla, paastoamalla tai erityisruokavalioiden, ulostus- tai nesteenpoistolääkkeiden käytön tai liiallisen liikunnan avulla. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 20; Suokas & Rissanen 2017). Ahmimishäiriötä pidetään yleisesti murrosikäisten tyttöjen ja nuorten naisten sairautena. Vajaa 10 % nuorista naisista täyttää ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit, buliminen oireilu on yleisempiä. Miehillä häiriö on selvästi harvinaisempi. (Huttunen 2017.) Ahmimishäiriölle tyypillistä on sairastuneen sairaalloinen lihomisen pelko ja ahminnan aiheuttama syyllisyys, masentuneisuus ja itsehalveksunta. Ahmimishäiriössä sairauden kulku on usein aaltoilevaa, ja siihen kuuluu vähäoireisia tai oireettomia jaksoja. Oireet kuitenkin palaavat herkästi. Ahmimishäiriö on usein pitkäaikainen, ja oireilu voi jatkua vuosia ennen hoitoon hakeutumista. (Suokas & Rissanen 2017.)

Ahmimishäiriö kuuluu ICD-10-tautiluokitukseen, jossa taudin määrittämisessä erotellaan kaksi diagnoosia: ahmimishäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö. Epätyypillisen ahmimishäiriön oireisto muistuttavaa ahmimishäiriötä, mutta ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty. (Suokas & Rissanen 2017.)

Ahmimishäiriössä sairastuminen ei välttämättä näy sairastuneen painossa, vaan sairastunut on usein normaalipainoinen. Paino voi kuitenkin ajoittain vaihdella suurestikin. Ahmimishäiriön tyypilliseen oireiluun kuuluu ahmimis- ja tyhjentämiskäyttäytymisen lisäksi myös jatkuvaa ahdistusta ja häpeää omaa ulkonäköä ja painoa kohtaan. Sairauden ulkoiset merkit ovat painon vaihtelua lukuun ottamatta vähäisiä, tavallisimpia ovat sylkirauhasten suurentumat, hammaseroosio sekä turvotukset. Oksentamisen seurauksena voi esiintyä

myös vakavampaa fyysistä oireilua, kuten lihasheikkoutta, kouristeluja ja rytmihäiriöitä. Oksentelu voi aiheuttaa myös ruuansulatuskanavan ongelmia, kuten vatsakipuja, ruokatorven vaurioita sekä pahoinvointia, ja pitkään jatkueksaan vaarantaa elimistön neste- ja elektrolyyttitasapainon. Painon vaihtelusta johtuen kuukautiset voivat olla epäsäännölliset tai jäädä kokonaan pois. Ahmimishäiriölle on tyypillistä myös muiden mielenterveysongelmien samanaikaisuus, etenkin ahdistuneisuushäiriöt ja epävakaa persoonallisuushäiriö ovat yleisiä. (Syömishäiriöliitto 2009, 12–13; Suokas & Rissanen 2017.)

Ahmimishäiriötä sairastava on usein laihuushäiriötä sairastavaa motivoituneempi hoitoon. Hoito toteutetaan pääasiassa avohoidossa, ja sen tavoitteena on oirekierteen katkaiseminen ja syömiskäyttäytymisen normalisoituminen. Hoidossa pyritään myös tunnistamaan ja ratkaisemaan syömishäiriöön liittyviä psykososiaalisia ongelmia. (Suokas & Rissanen 2017.) Ahmimishäiriön hoito koostuu ravitsemusohjauksesta ja yksilöllisesti räätälöidyistä psyko- tai perheterapioista (Huttunen 2017). Lääkehoitoa voidaan käyttää tarvittaessa psykoterapeuttisen hoidon lisänä. Lääkehoitoa käytetään usein lyhytaikaisesti, vain muutaman kuukauden ajan, ja se toteutetaan yleisimmin masennuslääkkeillä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 67–68; Raevuori & Ebeling 2016.) Sairaalahoito voi olla tarpeen, mikäli hallitsematonta syömistä ja oksentelua ei muuten kyetä hillitsemään ja potilaalla on vaikeita somaattisia seurauksia (Suokas & Rissanen 2017).

3.4 Ahmintahäiriö (BED)

Ahmintahäiriöllä (binge eating disorder, BED) tarkoitetaan syömishäiriötä, jonka oireistolle ominaista ovat toistuvat ja hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, joihin liittyy ahmimishäiriön tapaan syömistä hallinnan tunteen kadottaminen. Ahmimiskohtauksen aikana sairastunut syö poikkeuksellisen suuria ruokamääriä usein tavallista nopeammin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–22; Suokas & Rissanen 2017.) Ahmimishäiriöstä poiketen ahmintahäiriössä ei ilmene tyhjentäytymiskäyttäytymistä, kuten oksentamista tai pakonomaista liikuntaa (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–22). Ahmimista seuraa kuitenkin usein laihdutusyrityksiä, jotka johtavat suuriin painon vaihteluihin (Suokas & Rissanen

2017). Ahmimiskohtaukset aiheuttavat tyypillisesti voimakasta ahdistusta ja häpeää, syyllisyyttä, itsehalveksuntaa tai masennuksen tunnetta. Ahmintahäiriöön sairastutaan usein aikuisuuden kynnyksellä tai varhaisessa aikuisuudessa, ja sairauden kulku on usein aaltoilevaa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–18; Suokas & Rissanen 2017.) Ahmintahäiriötä ilmenee 2–3 %:lla aikuisista, naisilla useammin kuin miehillä (Mustajoki 2017). Miesten osuus ahmintahäiriötä sairastavista on kuitenkin suurempi kuin muiden syömishäiriöiden kohdalla (Viljanen ym. 2005, 143). Arviolta noin 20 % vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista ja noin 8 % ylipainoisista sairastaa ahmintahäiriötä (Käypä hoito -suositus 2014).

ICD-10-tautiluokituksessa ahmintahäiriö luokitellaan epätyypilliseksi syömishäiriöksi. Se on kuitenkin uudessa DSM-5-tautiluokituksessa mukana itsenäisenä diagnoosina. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Ahmintahäiriön seurauksena esiintyy usein painon nousua ja psyykkistä kärsimystä (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21–22). Näiden lisäksi sairastuneella ilmenee usein myös sokeriaineenvaihdunnan häiriötä ja muita ylipainon liitännäissairauksia. Myös muiden mielenterveyden häiriöiden samanaikaisuus on yleistä. (Suokas & Rissanen 2017.)

Ahmintahäiriön hoidossa tavoitteena on ahmimishäiriön hoidon tavoin syömiskäyttäytymisen säännöllistäminen ja rajujen laihdutusyritysten lopettaminen (Suokas & Rissanen 2017). Mikäli ahmintahäiriöön liittyy vaikea-asteista lihavuutta, on painonnousun pysäyttäminen ja maltillinen painonpudotus kuitenkin vähitellen tärkeää ottaa hoidon tavoitteeksi. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 69). Ahmintahäiriön hoidossa pyritään toistuvan ahminnan hallintaan, jossa ateriarytmin säännöllistäminen on tärkeää. (Suokas & Rissanen 2017; Mustajoki 2018.) Lievissä tapauksissa ahmintahäiriö saattaa lievitä ja parantua kokenaankin pelkällä itsehoidolla. Hoitoon on syytä hakeutua, jos ateriarytmin säännöllistäminen ei onnistu, ja häiriö hallitsee elämää. Hoito koostuu psykoterapiasta ja ravitsemusohjauksesta. (Mustajoki 2018.) Ahmintahäiriön hoidossa voidaan, kuten ahmimishäiriönkin kohdalla, käyttää myös lääkehoitoa muun hoidon tukena. Lääkehoito toteutetaan yleisimmin masennuslääkkeillä. Ahmintahäiriön hoitoa ja seurantaa on syytä jatkaa myös välittömän toipumi-

sen jälkeen sairauden uusiutumisen ehkäisemiseksi. (Suokas & Rissanen 2017.)

3.5 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriöitä. (Syömishäiriökeskus 2017). Niillä tarkoitetaan poikkeavaa syömiskäyttäytymistä, joka ei kuitenkaan täytä mielenterveyshäiriöiden luokittelun diagnostisia kriteerejä. Epätyypillisten syömishäiriöiden poikkeavaan syömiskäyttäytymiseen voi muiden syömishäiriöiden tavoin kuulua ylenmääräistä painonhallintaa, ahmintaa ja tyhjentäytymiskäyttäytymistä (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23; Rissanen 2012.) Oireiluna voi ilmetä myös ruuan jatkuvaa ajattelua ja syömiseen ja ruokailuun liittyvien tunteiden häiriintymistä (Syömishäiriökeskus 2017). Epätyypillinen ahmimishäiriö, epätyypillinen laihuushäiriö ja ahmintahäiriö kuuluvat epätyypillisiin syömishäiriöihin (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23–24).

Epätyypillisten syömishäiriöiden hoidossa tärkeää on oireyhtymän tunnistaminen, jotta hoito voidaan suunnata oikein (Rissanen 2012). Epätyypillisiä syömishäiriöitä hoidetaan usein muiden syömishäiriöiden tavoin (Syömishäiriökeskus 2017).

4 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖT JA ASEENTEET KÄSITTEENÄ

Tässä luvussa käymme läpi terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja asenteita käsitteenä. Selvitämme myös asenteiden vaikutusta hoitotyössä ja syömishäiriöiden hoidossa.

Terveydenhuollossa työskentelee suuri määrä eri alojen ammattilaisia. Syömishäiriöitä sairastavien hoitoon osallistuvia tahoja on vaikea listata, koska hoitoon osallistuvat ammattilaiset vaihtelevat alueittain. Hoito ja tutkiminen vaativat kuitenkin moniammatillista osaamista ja yhteistyötä, ja hoitoketjuun kuuluu paljon toimijoita perusterveydenhuollosta aina somatiikan ja psykiatrian

erikoissairaanhoidon palveluihin asti. (Käypä hoito -suositus 2014; Pohjolainen 2017, 6; Syömishäiriöliitto 2017.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa tutkimuksen kohteena olivat lääkärit, psykologit, psykiatrit, hoitohenkilökunta, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja toimintaterapeutit.

Terveystieteiden ammattihenkilö on henkilö, joka terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilö, jolla lain nojalla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveystieteiden ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Laillistetun ammattihenkilön tehtävässä voi toimia vain kyseiseen ammattiin koulutettu, kun taas nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävässä voi toimia muukin henkilö, jonka pätevyyden työnantaja arvioi riittäväksi. Ammattikortin myöntäminen edellyttää, että henkilö on merkitty ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. (Valvira s.a.)

Kenties yhden tunnetuimmista asenteen määritelmistä on muotoillut Gordon Allport (1954): ”Opittu taipumus ajatella, tuntea ja käyttäytyä erityisellä tavalla tiettyä kohdetta kohtaan.” (Erwin 2001, 12). Asenne on sosiaalipsykologinen käsite, jolla tarkoitetaan käyttäytymiseemme vaikuttavia positiivisia tai negatiivisia tunteita, uskomuksia ja aikomuksia. Asenteet vaikuttavat monella tasolla aina kahden ihmisen välisestä kohtaamisesta jopa yhteiskunnalliselle tasolle asti. Asenteet voivat muuttua eivätkä ole niin pysyviä kuin aiemmin on oletettu. (Suomen muistiasiantuntijat s.a.) Luonnollisesti asenteet opitaan, mikä johtuu siitä, että asenteiden kohteet ovat sosiaalisen maailmamme sosiaalisesti muodostettuja ilmiöitä. On osoitettu, että pelkkä jonkin kohteen tutuus ja omistaminen saavat meidät pitämään tästä kohteesta. (Karmela ym. 2001, 188–189.)

Asenteet ovat olennainen osa sosiaalista identiteettiämme, sosiaalisia suhteita ja ryhmäjäsenyyksiä ja ne ohjaavat valintojamme. Asennoitumisen ilmeneminen näkyy selvimmin kiistanalaisissa kysymyksissä. Sekä kannanottaminen että asenteenilmaisus ovat tiedesidonnaista toimintaa. Siihen vaikuttavat asiayhteys, vuorovaikutustilanne ja muiden läsnäolijoiden ilmaisemat asenteet. (Ahokas ym. 2012, 64; Helkama ym. 2015, 193.)

Asenteet ovat mukana ihmisen kaikessa päivittäisessä toiminnassa. Ne ovat apuna ympäristön tulkinnassa, käyttäytymisen ohjaamisessa, sosiaalisissa tilanteissa ja kokemusten jäsentämisessä itselle mielekkääksi kokonaisuudeksi. Maailmaa olisi vaikeampi ennakoida, jos asenteita ei olisi ja tästä seurauksena ihmisten toiminta olisi tehottomampaa. Esimerkiksi ihmissuhteiden solmiminen ja ylläpitäminen olisi mahdotonta, jos asenteet eivät olisi apuna. Asenteilla on myös vaikutusta siihen, kuinka henkilö toimii muihin ihmisiin liittyvien uskomustensa ja arvioidensa varassa. (Erwin 2005, 9.)

Asenteet voidaan jakaa kolmeen osatekijään: tunne (affective), tieto (cognitive), ja toiminta (behavioural). Kognitiiviseen osaan kuuluvat yksilön ajatukset, tosiasiat ja uskomukset asenteen kohteesta. Tunneosa sisältää yksilön tunnereaktiot kohdetta kohtaan. Käyttäytymisulottuvuus taas tulee esille ihmisen toiminnassa. (Ahokas ym. 2012, 64–65.)

Asenne on vahvasti mukana hoitotyössä. Hoitajan asenteella on vaikutusta hoitoon kokonaisuudessaan. Jos hoitaja on hyväksyvä, kokee potilas hoitosuhteessa turvallisuutta ja lämpöä sekä sen, että hänet hyväksytään yksilönä. Hoitajan tulee ymmärtää potilasta. On myös tärkeää yrittää ymmärtää potilaan tunteet kuten potilas itse ne kokee. Hoitajan ei ole tarkoitus yrittää moralisoida potilasta. Hoitaja on subjektiivisesti kokeva ihminen, jonka elämäntaidot ovat myös rajoittuneet. Tästä syystä ammatillinen asenne on tärkeä. (Mäkelä ym. 2001, 15–16, 24.) Syömishäiriöpotilaiden kohdalla myös potilasta hoitavien henkilöiden ruokaan, painoon ja kehonkuvaan liittyvät arvot ja asenteet ovat tärkeitä, sillä ne välittyvät potilaalle vaikka niistä ei suoraan keskusteltaisi. Työntekijän hyväksyvä asenne ja suhtautuminen ruokaan, liikuntaan ja painoon tukee potilaan paranemista. (Viljanen ym. 2005, 23.)

5 KIRJALLISUUSKATSAUS KYSELYLOMAKKEEN LAADINNAN TUKENA

Kirjallisuuskatsauksen ajatuksena on tuoda esille, mistä näkökulmasta ja miten aihetta on aiemmin tutkittu ja miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuksen kannalta

olennaiseen kirjallisuuteen: tieteellisiin artikkeleihin, tutkimusselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Lähdeviitteet antavat mahdollisuuden lukijalle tarkastaa halutessaan tietoja alkuperäisistä lähteistä ja tutkimuksista sekä arvioida niiden käyttöä tutkimuksessa. Niiden avulla lukijan on myös mahdollista seurata, miten tutkija on niiden pohjalta rakentanut uutta tietoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 117.)

Stolt ym. (2017) ovat koonneet teokseensa useasta eri lähteestä tietoa kirjallisuuskatsauksesta. Kirjallisuuskatsauksen tyyppejä on useita erilaisia ja esimerkiksi Grantin ja Boothin (2009) artikkelissa esitellään 14 erilaista tyyppiä. Riippumatta siitä, mikä tyyppi on kyseessä, kaikkiin kirjallisuuskatsauksiin sisältyvät tietyt vaiheet, ja ne tekevät aikaisempaan kirjallisuuteen perehtymisestä katsauksen. Katsausartikkelien ymmärtäminen ja niiden kriittisen arvioinnin mahdollistaminen ovat helpompaa, jos tuntee kirjallisuuskatsauksen prosessin eri vaiheet. Se on myös edellytys katsausprosessin toteuttamiselle. Perimmäisenä tarkoituksena kirjallisuuskatsauksessa on kokonaiskuvan muodostaminen aikaisemmasta tutkimuksesta, eli se on siis tutkimus tutkimuksista. Tutkittavaa aihetta ei voi ymmärtää kokonaisvaltaisesti ilman kirjallisuuskatsausta. (Stolt ym. 2016, 23.)

Tärkeimpänä tehtävänä kirjallisuuskatsauksella on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, kehittää teoriaa tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Tehtävänä voi myös olla ristiriitaisuuksien tunnistaminen ja ongelmien tunnistaminen valitussa kohdeilmiössä. Kirjallisuuskatsauksessa on viisi vaihetta, joista ensimmäinen on tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Toinen vaihe on kirjallisuushaku ja aineiston valinta ja siihen sisältyvät sekä varsinaiset haut että relevantin eli asiaan kuuluvan kirjallisuuden valinta-prosessi. Kolmantena vaiheena on niiden tutkimusten arviointi, jotka on haku-prosessin perusteella valittu. Neljännessä vaiheessa eli aineiston analyysissä ja synteessissä eli yhdistämisessä on tarkoitus järjestää sekä tehdä yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Viides ja viimeinen vaihe on tulosten raportointi eli katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. (Stolt ym. 2016, 7, 24–25, 28–32.)

Kirjallisuuskatsauksia tehdään monista eri syistä. Sen avulla esitellään oman tutkimuksen lukijoille aikaisempaa tutkimusta, sen käsitteistöä ja tutkimuson-

gelmia, jotta voidaan arvioida uuden tutkimuksen merkitystä suhteessa aikaisempaan. Kirjallisuuskatsaus toimii myös tutkijan apuvälineenä omaa tutkimusta tehdessä. Tutustumalla aiempaan tutkimus- ja teorian tietoon tutkija pystyy etsimään ja perustelemaan oman näkökulmansa. Ei ole välttämättä mielekästä tehdä myöskään tutkimusta, mikäli aiemmin on tehty jo samanlainen tutkimus laadukkaasti. Kirjallisuuskatsaus voi auttaa tutkijaa löytämään myös hyviä lähtökohtia omaan tutkimukseensa niin teoreettisista, metodisista kuin käsitteellisistäkin valinnoista tai lähdevalinnoista. (Turun yliopisto 2018.)

Kirjallisuuskatsauksen avulla haemme vastauksia tutkimuskysymyksiimme, joita ovat:

1. Minkälaisia asenteita terveydenhuollon ammattihenkilöillä on syömishäiriötä sairastavia kohtaan?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteisiin syömishäiriötä sairastavia kohtaan?
3. Miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet syömishäiriötä sairastavia kohtaan vaikuttavat syömishäiriöpotilaiden hoitoon?

5.1 Aineiston haku ja arviointi

Aloitimme tutkimusmateriaalin hakemisen jo työn alkuvaiheessa, ja jatkoimme sitä työn edetessä. Ajatuksenamme oli työtä aloittaessamme tutkia vain aikuisiin syömishäiriöpotilaisiin kohdistuvia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita, sillä syömishäiriöosaamisessa ja -tietämyksessä koetaan olevan aikuisten parissa työskentelevillä enemmän haasteita kuin nuorten parissa työskentelevillä. Valitettavasti tiedonhakuprosessin edetessä kävi kuitenkin ilmi, että aikuisiin syömishäiriötä sairastaviin kohdistuvia tutkimuksia ei ole tehty. Tästä syystä jouduimme hieman muokkaamaan alkuperäistä ajastustamme ja laajentamaan ikäryhmää vain aikuisista kaikenikäisiin syömishäiriötä sairastaviin.

Tiedonhakuprosessimme kohdistui ensisijaisesti sähköisiin tietokantoihin, mutta hakua on tehty myös manuaalisesti niin elektronisesti kuin koulumme kirjastossa. Olemme käyttäneet hakuprosessissa etenkin tietokantoja, joista löytyy myös tai pelkästään kansainvälistä materiaalia, koska aiheesta ei löytynyt Suomessa tutkittua tietoa. Tiedonhakuprosessissa olemme käyttäneet apuna koulun kirjaston informaatikkoja, joilta saimme ohjeistusta eri tietokantojen ja hakusanojen käyttöön. Kävimme myös koulun tarjoamassa tiedonhakukoulutuksessa.

Aloitimme tutkimusmateriaalin hakemisen tekemällä alustavaa hakua eri tietokannoista, kuten Medic, Cochrane Library, Arto, PubMed, Cinahl (Ebsco), ja Melinda. Suoritimme myös manuaalista hakua Google Scholarin ja koulun kirjaston kautta. Alustavan haun perusteella PubMed ja Cinahl (Ebsco) valikoituivat työmme varsinaisessa haussa käytettäviksi tietokannoiksi. Medic, Cochrane Library, Arto ja Melinda karsiutuivat varsinaisesta hausta, sillä emme löytäneet tarvitsemaamme materiaalia alustavan haun perusteella. Myöskään koulun kirjastossa tekemämme manuaalinen haku ei tuottanut haluttua tulosta. Google Scholarista löysimme useampia artikkeleita, mutta nämä kaikki sisältyivät PubMed- ja Cinahl (Ebsco) -tietokantojen hakutuloksiin, joten päätimme jättää myös sen varsinaisen haun ulkopuolelle. Varsinaisessa haussa käytetyt tietokannat ja hakuprosessin perusteella työhön valikoituneet tutkimukset löytyvät opinnäytetyön liitteestä 2 ”Kirjallisuuskatsauksen hakutaulukko”.

Varsinaisessa haussa hakusanat ovat olleet englanninkielisiä, sillä käytetyt tietokannat ovat kansainvälisiä. Hakusanoina olemme käyttäneet sanoja *healthcare professional*, *nurse*, *attitude* ja *eating disorder*. Hakua on toteutettu näiden hakusanojen erilaisilla yhdistelmillä ja hakusanoja katkaisemalla, jotta kaikki taivutusmuodot tulisivat hyödynnetyksi. Alustavassa haussa käytimme englanninkielisten hakusanojen lisäksi myös samojen hakusanojen suomenkielisiä versioita, joita ovat *terveydenhuollon ammattihenkilö*, *hoitaja*, *asenne* ja *syömishäiriö*. Varsinaisessa haussa käytetyt hakusanat löytyvät opinnäytetyön liitteestä 2 ”Kirjallisuuskatsauksen hakutaulukko”. Hakutaulukkoon olemme merkanneet vain hakusanat, joiden avulla olemme löytäneet työssämme käytettäviä tutkimuksia. Olemme siis jättäneet tuloksettomat haut hakutaulukon ulkopuolelle.

Työhömmme varsinaisen haun perusteella valitsemiamme tutkimuksia sekä hakua itsessään rajasimme sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Tarkastelimme tutkimusten sopivuutta kriteereihin vaiheittain aloittaen käymällä tutkimuksia läpi otsikoiden perusteella edeten tiivistelmiin ja lopulta koko tekstiin. Mikäli tutkimuksen otsikko ei vastannut kriteerejä, emme edenneet sen kohdalla otsikon tarkastelua pidemmälle. Rajauksen kohteeksi valitsimme tutkimuksen iän, aiheeseen sopivuuden, tason, kielen ja maksullisuuden. Työmmme sisäänotto- ja poissulkukriteereinä toimivat seuraavat:

Sisäänottokriteerit

- alle 10 vuotta vanhat tutkimukset
- käsittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan
- vastaa tutkimuskysymykseen
- tieteelliset artikkelit, ylemmän AMK:n opinnäytetyöt, pro gradut ja väitöskirjat
- suomenkieliset ja englanninkieliset tutkimukset
- maksutta saatavilla olevat tutkimukset

Poissulkukriteerit

- yli 10 vuotta vanhat tutkimukset
- ei käsittele terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan
- ei vastaa tutkimuskysymykseen
- AMK:n opinnäytetyöt
- muut kuin suomen- ja englanninkieliset tutkimukset
- tutkimukset, jotka eivät ole saatavilla maksutta

Opinnäytetyömmme kirjallisuuskatsaukseen valikoitui huolellisen tutkimuksen ja tiedonhaun jälkeen 9 englanninkielistä tutkimusta. Työhön valikoituneet tutkimukset, niiden tekijät ja julkaisutiedot, tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä, aineiston keruu sekä tulokset löytyvät opinnäytetyön liitteestä 1 ”Tutkimustaulukko”.

Kirjallisuuskatsauksessa tulee arvioida myös katsaukseen valikoituneiden tutkimusten laatua. Arvioinnilla pyritään lisäämään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Laatua arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota esimerkiksi tutkimuksen ja tutkimuksessa käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. (Stolt & Routasalo 2007, 62.) Arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, miten luotettavaa tutkimuksen antama tieto on. Tutkimusten laadun arviointi on kirjallisuuskatsauksessa vaativa ja aikaa vievä vaihe, mutta ainoastaan laadun arvioinnilla ja laadukkaiden tutkimusten valikoitumisella saavutetaan luotettava ja oikea tutkimustulos (Johansson & Kontio 2007, 101,107).

Kirjallisuuskatsauksen laadun arvioinnin tukena voidaan käyttää itse kehitettyä tai valmista mittaria tai tarkistuslistaa. Käytetyn mittarin tulee olla mahdollisimman luotettava. (Johansson & Kontio 2007, 102,107.) Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet katsaukseen valikoituneiden tutkimusten laadun arviointiin mukailtuja Van Tulderin ym. kvantitatiivisen tutkimuksen laatukriteereitä, mukailtuja Sairaanhoidtajaliiton määrittämiä kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerejä sekä mukailtuja Oxman–Guyatt-menetelmän katsausten laadun arviointikriteerejä. (Johansson & Kontio 2007, 104–106; Oxman & Guyatt 1991.) Tutkimusten laadun arviointi on nähtävillä opinnäytetyön liitteessä 1 "Tutkimustaulukko".

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyömme aineiston analysoinnin olemme suorittaneet sisällönanalyysin avulla. Se on menetelmä, jolla voidaan analysoida dokumentteja, eli esimerkiksi kirjoja, artikkeleita, päiväkirjoja, kirjeitä, keskusteluja ja raportteja. Se on siis tekstianalyysia. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sen avulla pyritään myös etsimään tekstin merkitystä kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. Aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten sisällönanalyysillä. Analyysi tuo selkeyttä aineistoon, ja tällä tavalla voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi ei vaadi syvällistä teoreettista tietämystä, josta johtuen se sopii hyvin myös kokemattomammalle tutkijalle. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 122, 145.)

Sisällönanalyysia voidaan tehdä erilaisista lähtökohdista. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä (induktiivinen), teorialähtöistä (deduktiivinen) tai teoriaohjaavaa. Työssämme käytämme aineistolähtöistä lähestymistapaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi, joka taas tarkoittaa teoreettisten käsitteiden luomista. Pelkistäminen on sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe ja siinä tarkoituksena on karsia kaikki tutkimukselle epäoleellinen pois aineistosta. Sitä voidaan tehdä eri tavoin esimerkiksi tiivistämällä tutkimusaineistoa tai pilkkomalla sitä osiin. Pelkistämässä aineistosta pyritään etsimään samaa ilmiötä kuvaavat sanat, sanonnat ja ilmaisut. Aineistosta nostetuista jotain tiettyä ilmiötä kuvaavista alkupe-
räisilmauksista edetään pelkistettyihin ilmauksiin. Pelkistämistä seuraa ryhmittely. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä kuvaavista käsitteistä tehdään ryhmiä. Näin syntyneet ryhmät yhdistetään eri luokiksi, joista muodostuvat edelleen alaluokat. Viimeisenä vaiheena on käsitteellistäminen. Tässä vaiheessa on tarkoituksena erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella muodostaa teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Sisällönanalyysiprosessin alussa luimme molemmat ensin kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset ja poimimme niistä tutkimuskysymyksiimme vastaavia kohtia. Tämän jälkeen kirjasimme poimimamme kohdat ylös ja kokosimme niistä ilmaisut, jotka vastaavat lyhyesti tutkimuskysymykseemme. Näiden toimenpiteiden avulla saimme karsittua tutkimuksista epäoleelliset asiat. Aineiston pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin kokoamalla yhteen samaa tarkoittavat ilmaisut ja nimettiin muodostunut ryhmä sen sisältöä parhaiten kuvaavasti. Näin muodostimme alaluokat aineistosta poimituille ilmaisuille. Sama nimeämisprosessi on käyty läpi kaikkien ryhmien kohdalla, ja lopulta pelkistetyt ilmaisut olivat kaikki jaoteltuina alaluokkiin. Tämän jälkeen suoritimme analyysin viimeisen vaiheen eli käsitteellistämisen miettimällä yhdistäviä tekijöitä eri alaluokkien välillä muodostaen lopulta alaluokista pääluokkia.

Sisällönanalyysiprosessin myötä esimerkiksi Seah ym. (2017a) tutkimuksen ilmaisu ”As the ward was a mixed ward consisting of both general psychiatric and patients with eating disorders, some nurses pointed out that caring for patients with eating disorders was much more challenging than for general psychiatric patients, due to the complicated nature of eating disorders.” on pelkistetty muotoon ”syömishäiriöpotilaiden hoitoa pidettiin haastavampana kuin muiden mielenterveyspotilaiden hoitoa”. Pelkistetty ilmaisu on ryhmitelty alaluokkaan potilaisiin ja sairauteen liittyvät tekijät, ja edelleen yläluokkaan asenteisiin vaikuttavat tekijät. Esimerkki sisällönanalyysin muodostumisesta on nähtävillä opinnäytetyön liitteessä 3 ”Esimerkki sisällönanalyysin muodostumisesta”.

6 TULOKSET

Tässä luvussa käymme läpi kirjallisuuskatsauksen tuloksia, jotka olemme raportoineet tutkimuskysymyksittäin. Muodostimme sisällönanalyysin avulla tutkimuskysymyksiimme pohjaten kirjallisuuskatsauksen tuloksista kolme yläluokkaa, joiden alle olemme edelleen jaotelleet tuloksia alaluokkiin. Kolme muodostunutta yläluokkaa ovat asenteiden laatu, asenteisiin vaikuttavat tekijät ja asenteiden vaikutus hoitoon.

6.1 Asenteiden laatu

Useimmissa tutkimuksissa ammattihenkilöiden asenteiden syömishäiriöitä sairastavia kohtaan havaittiin olevan enimmäkseen negatiivisia. Seah ym. (2017a) tutkivat hoitajien tietämystä, asenteita, käytäntöjä ja käsityksiä syömishäiriöitä sairastavia kohtaan Singaporessa. Heidän tutkimuksessaan suurimmalla osalla vastaajista havaittiin vähemmän positiivisia asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan, osalla vastaajista ilmeni myös negatiivisia tunteita. Myös Thompson-Brenner ym. (2012) kirjallisuuskatsauksessa, jossa he tutkivat klinikoiden tunteita, asenteita ja uskomuksia syömishäiriöitä sairastavia kohtaan, asenteiden havaittiin olevan negatiivisia. Vastaajat kokivat turhautuneisuutta, toivottomuutta, epäpätevyiden tunnetta ja huolestuneisuutta

syömishäiriöitä sairastavia kohtaan. Turhautuneisuutta koettiin myös Walker ym. (2011) Australiassa tehdyssä tutkimuksessa syömishäiriöpotilaiden kohte-lusta ja Seah ym. (2017b) Singaporessa toteutetussa tutkimuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedoista ja taidoista ja näihin vaikuttavista tekijöistä. Turhautuneisuuden lisäksi esille nousi vihan, kyllästyneisyyden, avuttomuuden, tuskan ja epäonnistumisen tunteita. Seah ym. (2017a) havaitsivat myös surua ja surullisuutta syömishäiriöpotilaita kohtaan. Syömishäiriöpotilaiden koettiin myös olevan itse vastuussa sairaudestaan, kuten Raveneau ym. (2013) tutkimuksessa, jossa he tutkivat hoitajien ja pediatristen erikoistuvien lääkäreiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan Yhdysvalloissa. Suurin osa vastaajista piti syömishäiriöpotilaita vastuussa sairaudestaan aina tai useimmissa tapauksissa. Myös Thompson-Brenner ym. (2012) havaitsivat samankaltaista ajattelua, jonka koettiin vaikuttavan ammattihenkilöiden asenteisiin. Walkerin ym. (2011) tutkimuksessa puolestaan vastaajat eivät ymmärtäneet, miksi joku kehittäisi itselleen pelon syömistä kohtaan.

Joissakin tutkimuksissa tuotiin kuitenkin esille myös positiivisempia asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan. Reid ym. (2010) tutkivat Iso-Britanniassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmia syömishäiriöpotilaita ja heidän palveluitaan kohtaan. Heidän tutkimuksessaan vastaajat suhtautuivat lähitökohtaisesti positiivisesti syömishäiriöitä sairastavia kohtaan. Myös Seahin ym. (2017a) tutkimuksessa osa vastaajista piti syömishäiriöpotilaita samanlaisina kuin muitakin ihmisiä, ja koki että heidän tilansa voitiin pitää hallinnassa potilaiden omien kykyjen ja lääkityksen avulla.

Kuten syömishäiriöitä sairastavien kohdalla, myös syömishäiriöiden hoitoon suhtautuminen oli tutkimuksissa enimmäkseen negatiivista. McNicholas ym. (2015) tutkivat Irlannissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoutta ja asenteita syömishäiriöitä kohtaan. Heidän tutkimuksessaan klinikoiden todettiin pitävän syömishäiriöiden hoitoa jollakin tasolla epämiellyttävänä. Seahin ym. (2017a) tutkimuksessa puolestaan hoito koettiin stressaavana ja hankalana. Useat tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat myös epämurkavuutta, suuttumusta ja loppuun palamisen tunteita syömishäiriöpotilaiden hoitoa kohtaan. Myös Walkerin ym. (2011) tutkimuksessa vastaajat olivat vastahakoisia työskentelemään syömishäiriötä sairastavien kanssa, koska he kokivat asiakkaalla olevan enemmän tietoa syömishäiriöstä kuin heillä itsellään. He kokivat

myös hoidon etenevän hitaasti. Myös positiivisia asenteita hoitoa kohtaan löytyi. Seah ym. (2017a) havaitsivat hoitajien keskuudessa myös kiinnostusta syömishäiriöpotilaita ja heidän hoitoaan kohtaan. Myös Seahin ym. (2017b) ja Reidin ym. (2010) tutkimuksissa vastaajat olivat lähtökohtaisesti kiinnostuneita hoitamaan syömishäiriötä sairastavia potilaita.

6.2 Asenteisiin vaikuttavat tekijät

Asenteisiin vaikuttavista tekijöistä muodostimme kolme alaluokkaa, joita ovat ammattihenkilöihin, potilaisiin ja sairauteen sekä hoitoon liittyvät tekijät.

6.2.1 Ammattihenkilöihin liittyvät tekijät

Ammattihenkilöiden kohdalla asenteisiin vaikuttavia tekijöitä löytyi useampia. Työssämme käsittelemme ammattihenkilöiden ammattiryhmän, tietotason ja kokemuksen sekä iän ja sukupuolen vaikutusta asenteisiin.

Ammattiryhmän vaikutusta asenteisiin tuotiin esille useammassa tutkimuksessa. Esimerkiksi Raveneau ym. (2013) tutkimuksessa havaittiin erikoistuvien lääkäreiden tuntevan hoitajia todennäköisemmin turhautuneisuutta syömishäiriöpotilaita kohtaan. Thompson-Brenner ym. (2012) tutkimuksessa puolestaan havaittiin klinikoilla enemmän negatiivisia asenteita syömishäiriötä sairastavia kuin muita potilasryhmiä kohtaan. Psykoterapeuteilla ei tutkimuksessa havaittu vahvoja negatiivisia reaktioita syömishäiriöpotilaita kohtaan. Myös McNicholas ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin ammattiryhmällä olevan vaikutusta asenteisiin. Tutkimuksessa tuli ilmi, että psykiatrien asenteet syömishäiriöistä toipumiseen olivat pessimistisimmät muihin ammattihenkilöihin verrattuna. Psykiatrien havaittiin työskentelevän muihin ammattiryhmiin verrattuna eniten syömishäiriötä sairastavien kanssa, ja siksi heillä todettiin olevan myös paras tietämys ja kokemus sairastuneiden diagnosoinnista ja hoidosta. Pessimististen toipumisnäkemysten ei kuitenkaan todettu olevan tilastollisesti yhteydessä tietotasoon, joten psykiatrien pessimististen näkemysten koettiin johtuvan muista seikoista. Toisaalta Jones ym. (2013) havaitsivat, että muihin

terveydenhuollon ammattilaisiin, kuten perusterveydenhuollon lääkäreihin verrattuna psykiatrien asenteet syömishäiriöisiä kohtaan eivät olleet niin leimavia. He tutkivat Iso-Britanniassa psykiatrien tietoja ja asenteita syömishäiriötä sairastavia kohtaan.

Myös ammattihenkilöiden tietotason ja kokemuksen vaikutusta asenteisiin käsiteltiin useammassa tutkimuksessa. Thompson-Brenner ym. (2012) tutkimuksessa etenkin kokemattomilla klinikoilla havaittiin negatiivisia asenteita syömishäiriöpotilaita kohtaan. Koulutuksen koettiin vaikuttavan näihin asenteisiin. Walker ym. (2011) tutkimuksessa puolestaan selvisi, että ammattihenkilöt, joilla oli vähän tietoa syömishäiriöistä, ajattelivat sen olevan itse aiheutettua. Heillä oli myös vähemmän empatiakykyä potilaita kohtaan. Myös Seah ym. (2017a) havaitsivat kokemuksen vaikuttavan asenteisiin. Hoitajien työskenneltä jonkin aikaa syömishäiriöpotilaiden kanssa heidän käsityksensä potilaista muuttui. Sekä negatiivisia että positiivisia käsityksiä havaittiin. Currin ym. (2009) puolestaan havaitsivat, että lääkäreiden syömishäiriötietämyksessä olevat aukot eivät välttämättä johda negatiiviseen tai leimaavaan suhtautumiseen. Havainto tehtiin siitä huolimatta, että tutkimuksessa perusterveydenhuollon lääkäreiden syömishäiriötietämyksen havaittiin olevan melko heikkoa. He tutkivat Iso-Britanniassa lääkäreiden tietojen ja asenteiden vaikutusta syömishäiriöihin. Myöskään Seah ym. (2017a) tutkimuksessa ei havaittu merkittäviä vastaavuuksia, kun tutkittiin ammattihenkilöiden tiedon ja asenteiden välisiä yhteyksiä.

Ammattihenkilöiden iän todettiin myös vaikuttavan asenteisiin. Walker ym. (2011) tutkimuksessa yksi vastaajista koki, että vanhemmat työntekijät suhtautuvat negatiivisesti syömishäiriöpotilaisiin. Tästä johtuen vastaaja ei itsekään halua työskennellä syömishäiriötä sairastavien kanssa. Myös sukupuolella havaittiin olevan merkitystä terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteisiin. Thompson-Brenner ym. (2012) tutkimuksessa klinikoiden negatiivisen asenteen syömishäiriötä sairastavia kohtaan havaittiin liittyvän muiden tekijöiden lisäksi myös klinikon sukupuoleen. Miespuolisten klinikoiden asenteiden havaittiin olevan negatiivisempia kuin naispuolisten klinikoiden.

6.2.2 Potilaisiin ja sairauteen liittyvät tekijät

Syömishäiriöpotilaita pidettiin tutkimuksissa hoitokielteisinä (Seah ym. 2017a; Seah ym. 2017b; Walker ym. 2011). Seah ym. (2017a) havaitsivat tämän aiheuttavan hoitajissa vihaa ja turhautuneisuutta syömishäiriötä sairastavia kohtaan. Hoitajat kokivat, että hoitokielteisyys vuoksi potilaat eivät olleet kiinnostuneita saamastaan hoidosta, minkä vuoksi myös hoitajien kiinnostus heidän hoitamiseensa väheni. Walkerin ym. (2011) tutkimuksessakin potilaiden hoitokielteisyys havaittiin vähentävän vastaajien halua työskennellä syömishäiriöpotilaiden kanssa. Vastaajat ilmaisivat myös olevansa haluttomia ottamaan hoidettavakseen syömishäiriöistä kärsiviä potilaita, koska he kokivat potilaiden tietävän sairaudestaan heitä itseään enemmän.

Syömishäiriöpotilaita pidettiin tutkimuksissa myös manipuloivina ja epäkunnioittavina hoitajia kohtaan (Seah ym. 2017a; Seah ym. 2017b; Walker ym. 2011). Tämän havaittiin aiheuttavan hoitajissa ahdistusta ja loppuun palamisen tunteita. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että tällainen käytös on syömishäiriön ohjailemaa, ja ilmaisivat myötätuntoa potilaita kohtaan. (Seah ym. 2017a.) Thompson-Brenner ym. (2012) totesivat kliinikoiden negatiivisen asenteen liittyvän potilaiden haluttomuuteen kehittyä ja heidän persoonallisuuspatologiaansa. Myös syömishäiriötä sairastavien ikää pidettiin yhtenä asenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Nuorten syömishäiriöpotilaiden ajateltiin herättävän erilaisia reaktioita vanhempiin syömishäiriöpotilaisiin verrattuna.

Myös syömishäiriöiden alhaisella toipumis- ja korkealla uusiutumisprosentilla havaittiin olevan vaikutusta ammattihenkilöiden asenteisiin. Korkean uusiutumisprosentin vuoksi hoitajien suhtautuminen syömishäiriöpotilaiden hoitoa kohtaan oli väsynyttä ja lannistunutta. Osa vastaajista ilmaisi kuitenkin myös myötätuntoa ja ymmärrystä potilaita ja heidän sairauttaan kohtaan: ymmärrettiin, että sairauden taustalla on muitakin tekijöitä kuin halu hoikkuuteen. (Seah ym. 2017a).

Tutkimuksissa havaittiin myös eroavaisuuksia ammattihenkilöiden asenteissa verrattaessa syömishäiriötä muihin mielenterveyden häiriöihin. Seahin ym. (2017a) tutkimuksessa syömishäiriöpotilaiden hoitoa pidettiin haastavampana

kuin muiden mielenterveyspotilaiden hoitoa. Tämän todettiin johtuvan syömishäiriöiden monimutkaisesta luonteesta ja tiiviin valvonnan ja tarkkuuden tarpeesta. Myös McNicholasin ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin joitakin merkkejä ammattihenkilöiden negatiivisemmasta suhtautumisesta syömishäiriötä sairastavia kohtaan muihin mielenterveyden häiriöihin tai somaattisiin sairauksiin verrattuna. Vastaajat ajattelivat klinikoiden pitävän masentuneiden ja diabeetikoiden kanssa työskentelystä enemmän kuin laihuushäiriöisten.

Asenteissa havaittiin eroavaisuuksia myös eri syömishäiriöiden välillä. Currin ym. (2009) tutkimuksessa selvisi, että asenteet laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä kohtaan olivat erilaisia. Tärkeimpänä selittävänä tekijänä pidettiin sairauden kestoa ja sen aiheuttamia seurauksia. Laihuushäiriötä pidettiin kroonisempänä ja sen ajateltiin aiheuttavan negatiivisia seurauksia niin potilaalle kuin tämän läheisillekin. Laihuushäiriön yleisyyttä yliarvioitiin, ahmimishäiriön yleisyyttä puolestaan aliarvioitiin.

6.2.3 Hoitoon liittyvät tekijät

Vähäisten resurssien havaittiin vaikuttavan ammattihenkilöiden asenteisiin. Esimerkiksi Reidin ym. (2010) tutkimuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöt kokivat, että heillä on liian vähän aikaa optimaalisen hoidon tarjoamiseksi potilaalle. Vastaajat kokivat usein turhautuneisuutta siitä, etteivät pysty vastaamaan syömishäiriötä sairastavien tarpeisiin. Resurssien riittämättömyys tuli ilmi myös Walkerin ym. (2011) tutkimuksessa. Eräs vastaajista ilmaisi surullisuutta, koska koki, että hänellä ei ole tarvittavia työkaluja tai resursseja syömishäiriöpotilaiden hoitamiseen. Walker ym. saivat selville myös, että hoitaminen voisi olla mielekkäämpää, jos hoidossa olisi mukana tarvittavan osaamisen omaava lääkäri.

6.3 Asenteiden vaikutus hoitoon

Asenteilla koettiin useissa tutkimuksissa olevan vaikutusta syömishäiriötä sairastavien hoitoon ja hoidon tuloksiin. Seah ym. (2017a) pitivät negatiivisia

asenteita huolestuttavana, koska he ajattelivat hoitajien asenteen vaikuttavan siihen, miten he päättävät hoitaa potilaita. Tutkimuksessa saatiin selville, että hoitajien negatiiviset asenteet vähentävät hoitajien halukkuutta hoitaa syömishäiriöitä sairastavia. Myös sairauden korkea uusiutumisprosentti ja näin ollen syömishäiriöpotilaiden kokeminen hoitokielteisenä vähentää hoitajien hoitomotivaatiota, ja vaikuttaa edelleen alentavasti hoitajien halukkuuteen hoitaa potilaita.

Seah ym. lisäksi myös Thompson-Brenner ym. (2012) tutkivat asenteiden vaikutusta hoitoon. Negatiivisten asenteiden todettiin vaikuttavan hoitoon, sen tuloksiin ja jatkuvuuteen sekä hoitoon hakeutumiseen epäsuotuisasti. Asenteilla todettiin olevan epäsuotuisaa vaikutusta myös syömishäiriöpotilaille tarjottujen palvelujen laatuun ja saatavuuteen. Leimaavien asenteiden vähentämisellä voitaisiin helpottaa hoitoon hakeutumista ja pääsyä ja saavuttaa parempia hoitotuloksia. Myös McNicholas ym. (2015) ajattelivat asenteiden voivan vaikuttaa syömishäiriöitä sairastavien hoitotuloksiin haitallisesti, mikäli psykiatreilla havaitut pessimistiset näkemykset siirtyvät tiedostamattomasti potilaille. Tehokkaan hoidon ja hoitajan ja potilaan välisen suhteen saavuttamiseksi tulisi hoitajan ja potilaan välisen asenteen olla kunnioittava. Hoitajan ei tule hyljeksiä tai leimata potilasta. (Seah ym. 2017a.)

7 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN

Jotta toimeksiantajamme saisi luotettavia vastauksia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteista syömishäiriöitä sairastavia kohtaan, on työmme tarkoituksena luotettavan kyselylomakkeen laatiminen. Tässä luvussa käymme läpi luotettavan kyselylomakkeen ja sen laatimisen periaatteita.

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu ennakkotietoon tai teorioihin tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruuta ja tutkimusasetelmaa käytetään, kun halutaan suurelta ihmisjoukolta vastauksia rajattuun tutkimusongelmaan. Sen avulla saadaan nopeasti ja kustannustehokkaasti kerättyä tutkittua tietoa suuresta tutkittavien joukosta. (Kananen 2015, 95.) Kvantitatiivisen tutkimuksen yleisin aineistonkeruumenetelmä on kysely. Kyselyllä tar-

koitetaan määrämuotoista lomaketta, jonka avulla kerätään vastauksia ennalta määrättyihin kysymyksiin. Sitä voidaan käyttää niin ajankäytön, määrien kuin mielipiteiden ja asenteidenkin tutkimiseen. (Kananen 2015, 95–96). Kysely voidaan toteuttaa posti-, puhelin- tai verkkokyselynä tai henkilökohtaisena kyselynä. (Kananen 2015, 98). Toimeksiantajamme aikoo toteuttaa kyselyn verkkokyselynä opinnäytetyön tuotoksena laatimaamme kyselylomaketta apuna käyttäen. Verkkokysely on helppo ja nopea tapa kerätä informaatiota (Kananen 2015, 95).

Kyselylomakkeen laatimisessa tulee kiinnittää huomiota ennen kaikkea siihen, että kyselyyn vastaaminen on mahdollisimman helppoa. Myös kielen selkeyteen ja lomakkeen ulkoasuun tulee panostaa. Kyselylomakkeen ulkoasuun tulee olla siisti, selkeä ja houkutteleva. Kyselylomake tulee myös esitellä ennen varsinaista kyselyä, jotta saadaan totuudenmukainen käsitys kyselylomakkeen mahdollisista ongelmista. (Vehkalahti 2014, 48–50; Heikkilä 2014, 47.) Tässä opinnäytetyössä keskitymme vain kyselylomakkeen laatimiseen, työn toimeksiantaja toteuttaa lomakkeen esitestauksen ennen varsinaista kyselyä.

Kyselylomakkeen kysymyksiä olisi mahdotonta laatia ilman ennakkotietoa tai teorioita tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2015, 95). Kysymykset laaditaan vastaamaan tutkimuskysymykseen ja tutkimusongelmaan niin, että ne tuottavat näiden kannalta oleellisen tiedon (Kananen 2014, 164). Tämän vuoksi muodostamme kyselylomakkeen kysymykset kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta. Kyselylomakkeen kysymysten suunnittelua ohjaa monta eri tekijää. Kysymysten suunnittelussa tulee ottaa huomioon tutkimuksen aihe, tutkimusongelma ja -kysymykset, teoria, tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keräämisen tapa ja paikka. Kyselylomakkeen suunnittelussa tulee edetä asiakokonaisuus kerrallaan ja miettiä, mitkä asiakokonaisuuksista tulee mitata, jotta kyselyn avulla saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Jokaisen asiakokonaisuuden kohdalla harkitaan, mikä tai mitkä kysymykset tarvitaan kyseisen asiakokonaisuuden hahmottamiseksi. Tämän jälkeen mietitään, minkälaisilla kysymyksillä vastauksia haetaan. (Vilkkä 2007, 70–71.)

Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla avoimia, sekamuotoisia tai strukturoituja. (Kananen 2014, 142; Vilkkä 2007). Avoimilla kysymyksillä vastaamista

rajataan mahdollisimman vähän, ja vastaajalta pyritään saamaan spontaaneja mielipiteitä. Strukturoiduissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi. Sekamuotoisissa kysymyksissä valmiiksi annettujen vastausvaihtoehtojen lisäksi annetaan tavallisesti yksi avoin vaihtoehto. (Vilkkä 2007, 67–69.) Kysymysten tulee edetä loogisessa järjestyksessä yksi aihealue kerrallaan, muodostaen kukin oman osionsa jossa kysymykset etenevät yleisluontoisista yksityiskohtaisempiin. Yhdelle sivulle tulisi pyrkiä asettamaan yhteen aihealueeseen liittyvät kysymykset. (Kananen 2014, 147, 164.) Kysymys koostuu kahdesta osasta, joita ovat kysymysteksti eli kysymyslause ja vastausosa. Kysymyslauseen tulee olla lyhyt, yksiselitteinen ja helposti ymmärrettävissä. Se ei saa johdatella vastaajaa vastaamaan, eikä sen tulisi sisältää kahta kysymystä, tai olla luonteeltaan kielteinen. Vastausosiossa vastausten tulee olla yksiselitteisiä, ymmärrettäviä ja toisensa pois sulkevia. Siinä tulisi myös olla edustettuna kaikki vastausvaihtoehdot, ja vaihtoehto vastaamatta jättämiselle, kuten ”en halua” tai ”en osaa” vastata. (Kananen 2014, 143–148.) Toisaalta ”en osaa sanoa” saattaa olla vastaajalle liian houkutteleva vaihtoehto, joten sen pois jättämisestä tulee harkita. Vaihtoehdon poisjättämisellä kannustetaan vastaajaa ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen. (Heikkilä 2014, 52.)

Koska laatimamme kyselylomakkeen avulla on tulevaisuudessa tarkoitus tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita, on kyselylomakkeen laadinnassa mietittävä myös keinoja asenteiden mittaamiseksi. Yleisimmät tavat mitata asenteita ovat Likert-asteikko ja semanttinen erottelu. Likert-asteikon ideana on koota joukko asenteen kohdetta koskevia väitteitä. Nämä väitteet ilmaisevat joko myönteistä tai kielteistä suhtautumista tähän kohteeseen. Sen jälkeen vastaajaa pyydetään arvioimaan väitteitä esimerkiksi viisiportaisella asteikolla. Asteikossa numero yksi tarkoittaa, että on täysin eri mieltä ja viisi, että on täysin samaa mieltä. (Helkama ym. 2015, 193-195.) Semanttinen erottelu on sen sijaan kehitetty alun perin mittaamaan sanojen tunnemerkitä. Adjektiiviparien avulla pyydetään vastaajia arvioimaan jotakin käsitettä sekä ilmaisemaan, miten hyvin kukin adjektiivi kuvaa tätä käsitettä. Käytettävät adjektiiviparit voidaan valita aiempien tutkimusten perusteella tai selvittämällä esitutkimuksen avulla, millaisia adjektiiveja henkilöt käyttävät kyseisestä asenteen kohteesta puhuessaan. Tutkimusta tehdessä käytetään usein adjektiivipareja, jotka mittaavat lähes minkä tahansa sanojen arvostusulottuvuutta.

Esimerkkinä näistä pareista miellyttävä-epämiellyttävä ja valoisa-synkkä. (Helkama ym. 2015, 193–195.)

7.1 Kyselylomakkeen kysymysten muodostaminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena olleen luotettavan kyselylomakkeen kysymykset on laadittu kirjallisuuskatsauksen myötä saatujen tulosten pohjalta. Kysymysten laatimiseen olemme saaneet apua työn toimeksiantajan määrittämää työelämäohjaajaamme, ravitsemusterapeutti Sari Aaprolta. Kyselylomake ja sitä varten laaditut kysymykset löytyvät opinnäytetyön liitteestä 4 "Kyselylomake".

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osassa selvitetään vastaajan taustatietoja. Tämän kyselylomakkeen tapauksessa olemme valinneet taustatiedoiksi vastaajan iän, sukupuolen ja ammattiryhmän. Kaikilla näillä havaittiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta olevan vaikutusta terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteisiin syömishäiriöitä sairastavia kohtaan, joten myös tässä kyselylomakkeessa taustatiedot on syytä selvittää. Taustatietojen selvittämisessä tulee kuitenkin välttää tietojen kysymistä niin tarkasti, että vastaaja voidaan tunnistaa niiden perusteella. Tässä kyselylomakkeessa taustatietoja selvittävät kysymykset on laadittu niin, että vastaajat pysyvät nimettöminä (ks. Heikkilä 2014, 55).

Taustatietojen lisäksi halusimme kyselylomakkeen avulla selvittää myös ammattihenkilöiden työkokemusta syömishäiriöiden parissa, sillä kokemuksen havaittiin tutkimuksissa vaikuttavan ammattihenkilöiden asenteisiin. Työkokemusta selvitetään tässä kyselylomakkeessa ensin suljetun kysymyksen avulla, jossa vastaajalle on annettu vastausvaihtoehtoja syömishäiriöitä sairastavien kanssa työskentelyn määrstä vuosina. Kokemusta kartoitetaan myös kysymyksellä, jossa selvitetään, kuinka usein vastaajat työskentelevät syömishäiriöitä sairastavien kanssa. Kyselylomakkeen avulla selvitetään myös vastaajan omaa kokemusta tieto- ja taitotasostaan sekä lisäkoulutuksesta ja sen tarpeesta. Lomakkeessa selvitetään myös syömishäiriöihin liittyvien lisäkoulutuspäivien määrää. Kokemukseen liittyvien kysymysten lisäksi laadimme myös

kysymyksiä selvittääksemme, minkä syömishäiriöiden ja minkä muiden mielenterveydenhäiriöiden parissa ammattihenkilöt työskentelevät. Molemmilla tekijöillä havaittiin olevan vaikutusta asenteisiin. Samasta syystä lomakkeen avulla selvitetään myös mihin ikäryhmään kuuluvien potilaiden kanssa vastaajat työskentelevät.

Asenteiden selvittämisessä olemme hyödyntäneet etenkin edellisessä kappaleessa käsiteltyä Likert-asteikkoa muodostamalla aihealueesta erilaisia väittämiä. Esimerkiksi Seah ym. (2017a, 2017b) ja Walker ym. (2011) havaitsivat tutkimuksissaan vastaajien pitävän syömishäiriöpotilaita hoitokielteisinä. Tästä kirjallisuuskatsauksen pohjalta nousseesta tutkimustuloksesta olemme muodostaneet kyselylomakkeeseemme kysymyksen ”Syömishäiriötä sairastavat eivät halua hoitoa” Likert-asteikon mukaisten vastausvaihtoehtojen kanssa. Koska vastaajalle tulisi antaa vaihtoehto vastaamatta jättämiselle, päädyimme sijoittamaan asennekysymyksiin Likert-asteikon keskimmäiseksi vaihtoehdoksi neutraalin ”ei samaa eikä eri mieltä” yleisesti käytetyn ”en osaa sanoa” vaihtoehdon sijasta. ”En osaa sanoa” vaihtoehdon sijoittamista Likert-asteikon keskimmäiseksi pidetään huonona ajatuksena, sillä se voi olla kaukana neutraalista ja mitata eri asiaa kuin mitä kysymyksellä mitataan. (Vehkalahti 2014, 36.)

Likert-asteikon lisäksi asenteiden selvittämiseksi on laadittu myös kysymys syömishäiriöitä sairastavien ja heidän hoitonsa herättämistä tunteista. Kysymykseen on listattu kaikki kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta nousseet tunteet ja pyydetty vastaajaa kertomaan, kuinka usein hän kokee jotakin niistä. Näin saadaan selville, mitä tunteita vastaajat tuntevat syömishäiriöitä sairastavia kohtaan ja myös kuinka usein kyseinen tunne ilmenee. Kysymyksen jälkeen tunteita kartoitetaan vielä lisäkysymyksen avulla, jossa pyydetään vastaajaa kertomaan, mitä muita tunteita hän kokee syömishäiriöpotilaiden kanssa työskennellessään. Kyselylomakkeen loppuun olemme vielä sijoittaneet kysymyksen, jolla selvitetään miksi vastaajat kokevat syömishäiriöitä sairastavien ja heidän hoitonsa herättävän kyseisiä tunteita.

7.2 Kyselylomakkeen luotettavuus

Mittarin, eli tässä tapauksessa kyselylomakkeen, kokonaisluotettavuus muodostuu sekä tutkimuksen luotettavuudesta että pätevyydestä. Kokonaisluotettavuus on hyvä silloin, kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta. (Vilkkä 2015, 194, 226.)

Luotettavuudella tarkoitetaan lupauksen pitämistä ja asiakkaan etujen mukaisesta toimintaa (Vilkkä 2015, 194, 226). Luottamusta herättää se, ettei vastaajien tarvitse huolehtia tietojensa väärinkäytöstä. Kysymyksenasettelun tulee olla yksinkertaista ja helppotajuista, mutta sen on oltava myös kattavaa tutkimusongelman kannalta. On hyvä muistaa, että kysymysten laatija tuntee aihealueen yleensä paljon paremmin, kuin vastaajajoukko. Kyselyn yleisellä luonteella sekä mahdollisen teettäjän suhteella vastaajaryhmää kohtaan on myös vaikutusta. (KvantiMOTV 2010.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen luotettavuutta lisää erityisesti se, että kysymykset on laadittu yhdessä työn toimeksiantajan määrittämän työelämäohjaajan ravitsemusterapeutti Sari Apron kanssa. Luotettavuutta lisää myös se, että kysymykset on laadittu kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella. Myös kahden tekijän mukanaolo kysymysten laatimisessa lisää kyselylomakkeen luotettavuutta.

8 POHDINTA

Terveystieteiden ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriöitä sairastavia kohtaan ei Suomessa ole tutkittu, ja kansainvälisestikin tutkimuksia on toteutettu rajallisesti. Aihe on kuitenkin ajankohtainen ja merkittävä, sillä syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveyden häiriöitä, jotka koskettavat niin sairastunutta kuin hänen läheisiäänkin (Pohjolainen 2017, 6). Opinnäytetyömme toimii Kymenlaaksossa kehitettävän hoitomallin tukena ja näin ollen omalta osaltaan tukee syömishäiriöiden hoidon kehittämistä. Tämä oli yksi syistä, joiden vuoksi päätimme tarttua aiheeseen, vaikka kansainvälisen tutkimusmateriaalin läpikäyminen tuntuikin aluksi haastavalta.

Aikataulullisista syistä johtuen päädyimme työn toimeksiantajan kanssa yhteispäätöksellä siihen, että jätämme kyselyn toteuttamisen heille. Näin pysyimme työssämme keskittymään luotettavan lomakkeen suunnitteluun ja laamiseen. Työn alkuperäinen ajatus aikuisiin syömishäiriöitä sairastaviin kohdistuvien asenteiden tutkimisesta kariutui tiedonhakuprosessin myötä havaittuun tutkitun tiedon puutteeseen, ja ikäryhmä laajeni vain aikuisista kaikenikäisiin syömishäiriöisiin. Tämä hieman hidasti opinnäytetyöprosessiamme ja vaikutti myös kyselyn toteuttamisesta luopumiseen. Alkuhankaluuksista selvityämme kirjoittaminen kuitenkin eteni kansainvälisestä tutkimusmateriaalista huolimatta jouhevasti, sillä aihe herätti molemmissa kiinnostusta.

Kokonaisuudessaan koemme opinnäytetyöprosessin sujuneen mallikkaasti. Prosessi oli työntäyteinen, ja koemmekin tehneemme ison työn opinnäytetyömme eteen. Etenkin tutkimusten läpikäyminen oli työläämpää kuin aluksi ajattelimme, sillä tutkimusaineiston sanasto tuotti jonkin verran hankaluuksia molempien hyvästä kielitaidosta huolimatta. Muut tutkimusprosessin vaiheet menivät kuitenkin vaivattomammin, ja tutkimusaineistonkin läpikäyminen helpottui alkuhankaluuksien jälkeen. Prosessin aikana molempien omat tiedot aiheesta syventyivät merkittävästi. Koemme myös projektinhallintataitojen vahvistuneen. Molemmilla oli lähtökohtaisesti samankaltaiset tavoitteet työn osalta, jonka koemme helpottaneen prosessia. Toisaalta työskentelimme molemmat työn loppuvaiheessa kokopäiväisesti, mikä toi omat haasteensa prosessin etenemiseen etenkin ajankäytön suhteen.

Opinnäytetyöprosessin aikana olimme useasti yhteydessä toimeksiantajan määrittämään työelämäohjaajaamme ravitsemusterapeutti Sari Aaproon. Hän oli aktiivisesti prosessissa mukana, ja häneltä saimme palautetta ja muokausideoita niin teoriaosuuteemme kuin kyselylomakkeeseenkin. Näiden ideoiden ja palautteen perusteella olemme tehneet muutoksia työhömmemme ja muokanneet sen lopulliseen muotoonsa. Kaiken kaikkiaan työelämän puolelta saatu palaute on ollut hyvää ja tehty muokkaukset ovat olleet lähinnä pieniä viilauksia ja erilaisia sanavalintoja. Saatu palaute on kuitenkin ollut ehdottomasti positiivinen ja rikastuttava asia työllemme, sillä työelämäohjaajamme omaa uskomattoman paljon tietoa niin syömishäiriöistä kuin niiden hoidostakin.

8.1 Tulosten tarkastelu ja jatkokehitysideat

Mitä sitten saimme opinnäytetyöprosessin aikana selville? Tutkimuksista nousi esille paljon negatiivisia asenteita syömishäiriöitä sairastavia ja heidän hoitoaan kohtaan turhautuneisuudesta aina vihaan asti. Syömishäiriöiden hoitoa pidettiin hankalana ja syömishäiriöpotilaita hoitokielteisinä ja manipuloivina. Osa negatiivisista asenteista selittyi tiedon ja kokemuksen puutteella, toisaalta osassa tutkimuksista näillä seikoilla ei havaittu olevan yhteyttä ammattihenkilöiden asenteisiin. Myös positiivisia tuntemuksia havaittiin, kuitenkin vähemmän kuin työtä aloittaessamme ajattelimme. Ammattihenkilöiden asenteisiin vaikuttavia tekijöitä löytyi useampia. Sekä ammattihenkilöihin, sairauteen ja potilaaseen että hoitoon liittyvillä tekijöillä todettiin olevan vaikutusta asenteisiin. Asenteiden havaittiin myös vaikuttavan syömishäiriöpotilaiden saamaan hoitoon. Välttämällä negatiivisia asenteita voitaisiin helpottaa hoitoon hakeutumista ja pääsyä sekä parantaa hoitotuloksia, kuten Thompson-Brenner ym. (2012) tutkimuksessaan havaitsivat. Kaiken kaikkiaan asenteilla on siis suuri vaikutus siihen, miten syömishäiriötä sairastavan kohtaaminen ja hoito onnistuvat. Koska tutkimuksissa esille nousseiden negatiivisten asenteiden määrä oli huomattavasti positiivisia asenteita suurempi, tulisi asialle varmasti tulevaisuudessa tehdä jotakin. Thompson-Brenner ym. (2012) havaitsivat koulutuksen vaikuttavan kokemattomien klinikoiden asenteisiin. Koulutuksen ja koulutussuunnittelun avulla voitaisiinkin todennäköisesti vähentää ammattihenkilöiden leimaavia asenteita ja lisätä ymmärrystä syömishäiriöitä sairastavia kohtaan.

Syömishäiriöt mielletään usein nuorten ja nuorten aikuisten sairauksiksi, ja yleisimmin niihin sairastutaankin 12–24 vuoden iässä (Käypä hoito -suositus 2014). Mahdollisesti tästä johtuen aikuispotilaita hoitavien ammattihenkilöiden kohdalla syömishäiriöosaamisessa ja -tietämyksessä koetaan olevan enemmän haasteita kuin nuorten parissa työskentelevillä. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tietää, kuinka paljon asenteet eroavat eri-ikäisten potilasryhmien välillä. Toisaalta tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa tutkia myös asenteiden eroavaisuuksia mies- ja naispotilaiden välillä, koska syömishäiriöitä sairastavien miesten osuus on naisia pienempi. Tästä johtuen saattaa myös heidän kohdallaan ilmetä haasteita osaamisessa ja tietämyksessä, joka osaltaan vaikut-

taa asenteisiin. Myös ammattihenkilöiden tiedon ja asenteiden välistä yhteyttä olisi jatkossa syytä tutkia, vaikka osassa tutkimuksista yhteyttä ei havaittu-kaan. Myös asenteiden vaikutusta hoitoon ja sen tuloksiin tulisi tutkia enemmän, sillä löydetty tutkimustieto oli hyvin rajallista. Kaiken kaikkiaan kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöiden syömishäiriöihin ja syömishäiriötä sairastaviin kohdistuvat asennetutkimukset olisivat Suomessa tervetulleita, sillä meillä ei ole tutkittua tietoa aiheesta. Olisikin mielenkiintoista jatkossa verrata, miten asenteet eroavat kun tarkastellaan Suomea muihin maihin verrattuna.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti liittyvät läheisesti tutkimuksen luotettavuuteen. Validiteetti tarkoittaa systemaattisen virheen puuttumista eli tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä ollaan mittaamassa. Systemaattisen virheen puuttumisella tarkoitetaan sitä, millä tavalla tutkijat ovat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen sekä kysymykset. Jos vastaaja tulkitsee eri tavalla, kuin tutkija oletti, tulokset vääristyvät. Tämän opinnäytetyön mittarin eli kyselylomakkeen on tarkoitus mitata ammattihenkilöiden asenteita syömishäiriötä sairastavia kohtaan ja kysymykset on laadittu niin, että tämä toteutuu. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittaustuloksen tulisi siis olla täysin sama tutkijasta riippumatta, kun mittaus toistetaan saman henkilön kohdalla. (Vilkka 2015, 193–194, 226, 228). Tässä työssä mittari on muodostettu niin, että mittaustulokset ovat toistettavissa. Työssämme käytetyt aineistot, lähteet sekä tutkimusprosessi on kuvattu, mikä lisää tutkimuksen kokonaisluotettavuutta.

Reliabiliteetin ja validiteetin lisäksi tutkimuksen luotettavuuden edellytyksenä on myös tutkimuksen suorittaminen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämin kriteerein. Hyvän tieteellisen käytännön kriteerien määrittelystä vastaa tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tässä opinnäytetyössä olemme hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla noudattaneet rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, käyttäneet tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhaussa sekä tutkimus- ja arviointimenetelmissä ja kunnioittaneet muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia antamalla hei-

dän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon lähdemerkintöjen muodossa. Myös tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön edellytyksiä. (Ks. Karjalainen ym. 2002, 386; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

LÄHTEET

Ahokas, M., Ferchen, M., Hankonen, N., Lautso, A. & Pyysiäinen, J. 2012. Sosiaalipsykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Currin, L., Waller, G. & Schmidt, U. 2009. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? *The International journal of eating disorders* 5, 453–458. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19115367> [viitattu 19.4.2018].

Erwin, P. 2005. Asenteet ja niihin vaikuttaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY. Teoksessa Karmela, L., Klaus, H. & Rauni, M. 2001. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 3.– 4. painos. Helsinki: Edita.

Grant, M.J. & Booth, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal* 2, 91–108. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19490148> [viitattu 5.4.2018].

Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvuori, J., Lönnqvist, J-E., Hankonen, N., Mähönen, T., Jasinskaja-Lahti, I. & Lipponen, J. 2015. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 10., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2017. Ahmimishäiriö (bulimia). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352 [viitattu 5.4.2018].

Huttunen, M. & Jalanko, H. 2017. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). WWW-dokumentti. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111 [viitattu 5.4.2018].

Jones, WR., Saeidi, S. & Morgan, JF. 2013. Knowledge and Attitudes of Psychiatrists Towards Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1, 84–88. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23350077> [viitattu 19.4.2018].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä - Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä – Laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas - Mitä kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt – läheisen opas. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html#luottamus> [viitattu 20.7.2018].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea s.a. WWW-sivusto. Saatavissa: <http://www.carea.fi/fi> [viitattu 26.3.2018].

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. 2016. Syömishäiriöiden hoitoketju. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00917 [viitattu 5.4.2018].

Käypä hoito -suositus. 2014. Syömishäiriöt. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50101> [viitattu 28.2.2018].

McNicholas, F., O'Connor, C., O'Hara, L. & McNamara, N. 2015. Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Irish Journal of Psychological Medicine* 1, 21–31. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://eprints.maynoothuniversity.ie/6615/1/COC_stigma%202015.pdf [viitattu 13.4.2018]

Mielenterveystalo s.a. Syömishäiriöt. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/syomishairiot.aspx [viitattu 7.3.2018].

Mustajoki, P. 2018. Lihavan ahmimishäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819&p_hakusana=ahmintah%C3%A4iri%C3%B6 [viitattu 5.4.2018].

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Oxman, A. & Guyatt, G. 1991. Validation of An Index of The Quality of Review Articles. *J Clin Epidemiol* 11, 1271–1278. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cebma.org/wp-content/uploads/Oxman-Validation-of-an-Index-of-the-Quality-of-Review-Articles.pdf> [viitattu 24.4.2018].

Pohjolainen, V. 2017. Health-related quality of life and cost-utility in bulimia nervosa and anorexia nervosa in women. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/172714> [viitattu 20.3.2018].

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016. Syömishäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <http://oppiportti.fi/op/koti> [viitattu 21.4.2018].

Raveneau, G., Feinstein, R., Rosen, L.M. & Fisher, M. 2013. Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. *Int J Adolesc Med Health* 1, 131–136. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337046> [viitattu 19.4.2018].

Reas, L. 2017. Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients* 11. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5707739/> [viitattu 19.4.2018].

Reid, M., Williams, S. & Burr, J. 2010. Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *Eur Eat Disord Rev* 5, 390–398. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20821740> [viitattu 19.4.2018].

Rissanen, A. 2012. Syömishäiriöt. Teoksessa Aro A., Mutanen M. & Uusitupa M. (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/koti> [viitattu 5.3.2018].

Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R. & Yobas, P. K. 2017a. Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study. *Archives of psychiatric nursing* 1, 133–151. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30121-8/fulltext](http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30121-8/fulltext) [viitattu 13.4.2018].

Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R. & Yobas, P. K. 2017b. Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review. *Arch Psychiatr Nurs* 1, 125–136. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104050> [viitattu 19.4.2018].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Suokas, J. & Rissanen, A. 2017. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partanen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <http://oppiportti.fi/op/koti> [viitattu 4.3.2018].

Suomen muistiasiantuntijat s.a. Asenne. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=987154944&lang=fi> [viitattu 10.3.2018].

Syömishäiriökeskus. 2017. Epätyypillinen syömishäiriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/mita-syomishairiot-ovat/epatyyppillinen-syomishairio-ednos/> [viitattu 5.3.2018]

Syömishäiriöliitto 2009. Syömishäiriöt - mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille. Turku: Syömishäiriöliitto -SYLI.

Syömishäiriöliitto. 2017. Mistä syömishäiriöt johtuvat? WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-johtuvat.html> [viitattu 2.8.2018]

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Syömishäiriöt. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/syomishairiot> [viitattu 20.3.2018].

Thompson-Brenner, H., A. Satir, D., L. Franko, D. & B. Herzog, D. 2012. Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric Services* 1, 73–78. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://ps.psychiatryon-line.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201100050> [viitattu 13.4.2018].

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turun yliopisto s.a. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx> [viitattu 16.3.2018].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 20.7.2018].

Valvira s.a. Terveysthuolto. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus_suomessa [viitattu 7.3.2018].

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilkkä H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Walker, S. & Lloyd, C. 2011. Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. Griffith University. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://researchrepository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/41736/73709_1.pdf?sequence=1 [viitattu 19.4.2018].

Tutkimustaulukko

Tekijät, nimi ja julkaisutiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä/otos	Tutkimustulokset	Luotettavuuden arviointi
<p>Currin L, Waller G, Schmidt U. 2009. Iso-Britannia.</p> <p>Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions?</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella lääkäreiden tiedon ja asenteiden vaikutusta syömishäiriöihin ja heidän päätöksiään hoidon suhteen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselytutkimus. Vastajina 82 perusterveydenhuollon lääkäreitä.</p>	<p>Asenteet anoreksiaa kohtaan erosivat merkittävästi suhteessa bulimiaa sairastavia potilaita kohtaan. Molempien häiriöiden osalta tekijä, joka selitti suurimman erimielisyyden vastauksissa, oli sairauden kesto ja seuraukset. Asenteilla ja tiedolla ei tutkimuksessa havaittu yhteyttä eivätkä nämä muuttujat ennustaneet todennäköisyyttä diagnosoida syömishäiriötä. Tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että ne lääkärin, joilla oli enemmän tietoa syömishäiriöstä, järjestivät suuremmalla todennäköisyydellä jatkoseurannan</p>	<p>+ Osallistujien hankkiminen raportoitu.</p> <p>+ Keskiarvot ja keskihajonnat raportoitu.</p> <p>– Suppea otos</p> <p>– Hypoteeseja ei esitetty.</p> <p>– Satunnaistamista ei tehty.</p>

			syömishäiriöstä kärsivälle poti- laalle.	
Jones WR, Saeidi S, Morgan JF. 2013. Iso- Britannia. Knowledge and Attitudes of Psy- chiatrists To- wards Eating Disorders	Tutkimuksen tarkoituksena oli mitata psykiatri- en tietoa ja asen- teita syömishäi- riötä sairastavia kohtaan.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely- tutkimus. Vastaa- jina 126 psykiat- ria.	Psykiatrien asen- teet syömishäiri- öisiä kohtaan eivät olleet niin leimaavia, kuin muiden syömis- häiriötä kohdan- neiden tervey- denhuollon am- mattihenkilöiden.	+/- Laaja otos, alhainen vasta- usprosentti. +Osallistujien hankinta rapor- toitu. +Keskiarvot ja keskihajonnat raportoitu. – Hypoteeseja ei esitetty. – Sokkouttamista ei tehty.
McNicholas, F., O'Connor C., O'Hara, L. ja McNamara, N. 2015. Irlanti. Stigma and treatment of eat- ing disorders in Ireland: health- care profession- als' knowledge and attitudes	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia näkökanto- ja terveydenhuol- lon ammattihen- kilöiden tietou- desta ja asen- teista syömishäi- riötä kohtaan, jotka voivat vai- kuttaa syömis- häiriöiden tehok- kaaseen havait- semiseen tai hoitoon Irlannis- sa.	Kvantitatiivinen tutkimus. Kysely- tutkimus. 171 vastaajaa, joiden joukossa psykiat- reja, psykologe- ja, terapeutteja ja muuta syömishäi- riöiden parissa työskenteleviä, kuten ravitse- musterapeutteja.	Tutkituista ter- veydenhuollon ammattihenki- löistä psykiatreil- la oli eniten tie- tämystä syömis- häiriöistä. He olivat myös luot- tavaisimpia ky- kyhinsä diagno- soida ja hoitaa syömishäiriöitä. Psykiatrien nä- kemys syömis- häiriöpotilaiden pitkän tähtäimen tulevaisuuden- näkymistä oli kaikista pessi- mistisin. Vastaajien nä- kemys syömis- häiriöstä oli, että	+- Laaja otos, kuitenkin alhai- nen vastauspro- sentti. + Osallistujien hankinta rapor- toitu. + Tutkimusai- neiston hankinta kuvattu. + Hypoteesit esitetty. + Satunnaista- minen suoritettu. + Tulokset ja johtopäätökset esitetty laajasti. + Keskiarvot ja keskihajonta raportoitu. – Ryhmien sa- manlaisuutta ei arvioitu.

			<p>syömishäiriöt ovat kroonisia, pääasiassa naisia koskettavia sairauksia. Vastaajat uskoivat klinikoiden pitävän enemmän työskentelystä masennusta tai diabetesta sairastavien kuin anoreksiaa sairastavien kanssa.</p>	
<p>Raveneau G, Feinstein R, Rosen LM, Fisher M. 2013. Kansainvälinen julkaisu.</p> <p>Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määritellä hoitajien ja pediatristen erikoistuvien lääkärin asenteita syömishäiriötä sairastavia nuoria ja nuoria aikuisia kohtaan.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Kyselytutkimus. 82 vastaajaa, joista 32 hoitajaa ja 50 pediatriasia erikoistuvia lääkäreitä.</p>	<p>Suurin osa erikoistuvista lääkäreistä piti syömishäiriöpotilaiden hoitoa vaikeana huonon kommunikaation ja erilaisten potilaiden erilaisten hoitomenetelmien ja sääntöjen vuoksi. Yli puolet vastaajista (58,2%) ajatteli syömishäiriötä sairastavien potilaiden olevan vastuussa sairaudestaan ”aina” tai ”useimmissa tapauksissa”. Erikoistuvat lääkärit tunsivat hoitajia useam-</p>	<p>+ Osallistujien hankinta raportoitu – Ei kovin laaja otos</p> <p>Tutkimuksesta saatavilla vain tiivistelmä, joten tutkimuksen laadua vaikea arvioida.</p>

			min turhautuneisuutta syömishäiriöpotilaita kohtaan.	
Reid M, Williams S, Burr J. 2010. Iso-Britannia. Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmia syömishäiriötä sairastavia potilaita ja heidän palveluitaan kohtaan.	Kvalitatiivinen tutkimus. 18 vastaajaa, joiden joukossa mm. psykologi, psykiatri, terapeutti, yleislääkäri, ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja, endokrinologi eli hormoneita tuottavien elinten sairauksia hoitava henkilö, taideterapeutti ja mielenterveyshoitajia	Tutkimuksen havaintona oli, että syömishäiriötä sairastavia pidetään usein vaikeina potilaina osittain sen takia, että näiden potilaiden tarpeet ovat liian monimutkaisia suhteessa siihen, mitä esim. resurssien ja osaamisen puolesta vajavaiset palvelut pystyvät tarjoamaan. Toisin, kuin monissa muissa laadullisissa tutkimuksissa on havaittu, niin itse potilaita ei pidetty itsessään "vaikeina", vaan he ovat vaikeita ainoastaan rajallisten resurssien takia	+Tutkittava ilmiö määritelty. + Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määriteltä. +Aineistonkeruu menetelmä perusteltu ja kuvattu. +Aineiston keruu kuvattu. +Aineiston käsittely ja analyysi kuvattu. + Eettisiä kysymyksiä pohdittu. +Tutkimus muodostaa selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden. +Tulokset esitetty selkeästi. +/- Suurimmalla osalla osallistujista on tietoa tutkittavasta ilmiöstä
Seah XY, Tham XC, Kamaruzaman NR, Yobas PK 2017. Singa	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitajien tietämystä, asen-	Monimenetelmällinen tutkimus. Kyselytutkimus ja haastattelu. Vas-	Suurimmalla osalla vastaajista todettiin olevan vähemmän posi-	+ Osallistujien hankinta raportoitu. + Tutkimusai-

<p>pore.</p> <p>Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study</p>	<p>teita, käytäntöjä ja käsityksiä syömishäiriöitä sairastavia kohtaan Singaporessa.</p>	<p>taajina 19 hoitajaa.</p>	<p>tiivinen asenne syömishäiriöpotilaita kohtaan. Useat hoitajat ilmaisivat tyytymättömyyttä, ärsyyntymistä sekä uupumuksen tunteita syömishäiriöpotilaiden hoidosta. Negatiiviset asenteet johtuivat yleisesti potilaiden huonosta hoitoon sitoutumisesta sekä syömishäiriöiden alhaisista toipumis- ja toisaalta korkeista uusiutumisasasteista. Hoitajilla havaittiin olevan myös vähemmän positiivisia käsityksiä syömishäiriöpotilaita kohtaan. Tätä pidettiin huolestuttavana sillä hoitajat vastaavat hoidon suunnittelusta, ja asenteet vaikuttavat siihen, miten he hoitavat potilaita.</p>	<p>neiston hankinta kuvattu.</p> <ul style="list-style-type: none"> + Hypoteesit esitetty. + Tutkimuksen keskeyttäneet raportoitu. + Keskiarvot ja keskihajonta raportoitu. – Ryhmien samanlaisuutta ei arvioitu. + Tutkittava ilmiö määritelty selkeästi. + Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitte selkeästi määritelty. + Aineiston keruumenetelmä kuvattu ja soveltuu tutkittavaan ilmiöön. + Aineiston käsittely ja analyysi kuvattu. + Tulokset esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aiempiin tutkimuksiin. + Johtopäätökset perustuvat tuloksiin. + Eettisyys. – Suppea otos. – Laatuksiteereitä
---	--	-----------------------------	--	---

				ei määritelty luotettavuuden arvioinnissa.
Seah XY, Tham XC, Kamaruzaman NR, Yobas PK. 2017. Singapore. Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli yhdistää tutkimustuloksia koskien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoja ja taitoja yhdessä syömishäiriötä sairastavien potilaiden hoidossa kohdattavien haasteiden kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää, vaikuttavatko erilaiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoihin ja asenteisiin.	Kirjallisuuskatsaus, 21 tutkimusta vuosilta 2004-2014.	9 tutkimuksista selvitti terveydenhuollon ammattihenkilöiden syömishäiriöihin liittyvää tietotasa. Vain yhden tutkimuksen mukaan klinikoilla oli riittävä tietämys syömishäiriöistä. Kahdeksan tutkimuksen tuloksena terveydenhuollon ammattihenkilöiltä puuttuu tietoa syömishäiriödiagnooseista ja syömishäiriön hoidosta. 12 tutkimusta selvitti terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita työskentelystä syömishäiriöstä kärsivän potilaan kanssa. Enemmistössä tutkimuksista havaittiin negatiivisia tuntemuksia syömishäiriöpotilaita kohtaan. Vain kahdessa	+ Julkaisujen hakumenettely raportoitu. + Kattava hakumenettely. + Hyväksymiskriteerit raportoitu. + Tutkimusten laadunarviointikriteerit raportoitu ja tutkimusten laatu arvioitu. + Käytetty tulosten yhdistämismenetelmä raportoitu. + Tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. + Tulokset tukevat tutkijoiden johtopäätöksiä.

			tutkimuksessa kuvattiin positiivisia tuntemuksia.	
<p>Thompson-Brenner H., A. Satir D., L. Franko D. ja B. Herzog D. 2012. Yhdysvallat.</p> <p>Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla luonnehtia kliinikoiden eli käyttännöllisen lääkärintyön harjoittajien reaktioita syömishäiriöpotilaita kohtaan, ja tunnistaa negatiivisiin reaktioihin liittyviä tekijöitä.</p> <p>Käsitteellä ”reaktio” tarkoitettiin tutkimuksessa tunteita, asenteita ja uskomuksia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. 20 tutkimusta vuosilta 1984-2010.</p>	<p>Kliinikoiden negatiivisiin reaktioihin syömishäiriötä sairastavia kohtaan heijastuivat tyypillisesti turhautuneisuus, toivottomuus, epäpätevyys ja huolestuneisuus. Negatiiviset reaktiot syömishäiriötä sairastavia kohtaan yhdistettiin potilaiden kyvyttömyyteen kehittyä ja potilaiden persoonallisuuspatologiaan sekä kliinikoiden leimaaviin uskomuksiin, kokemattomuuteen ja sukupuoleen. Kokemattomilla klinikoilla havaittiin enemmän negatiivisia asenteita syömishäiriötä sairastavia kuin muita potilasryhmiä kohtaan. Kokeneet psykoterapeutit eivät</p>	<p>+ Julkaisujen hakumenettely raportoitu.</p> <p>+ Kattava hakumenettely.</p> <p>+ Käytetty tulosten yhdistämismenetelmä raportoitu.</p> <p>+ Tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin.</p> <p>+ Tulokset tukevat tutkijoiden johtopäätöksiä.</p> <p>– Hyväksymiskriteerejä ei raportoitu.</p> <p>– Tutkimusten laadunarviointikriteerejä ei raportoitu, eikä tutkimusten laatua arvioitu.</p>

			kokeneet vahvoja negatiivisia reaktioita syömishäiriöpotilaita kohtaan.	
Walker, S. ja Lloyd C. 2011. Australia. Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteita liittyen asiakkaiden kohteluun, joilla on syömishäiriö ja syventää ymmärrystä siitä, miten nämä asenteet ovat kehittyneet.	Kvalitatiivinen tutkimus. 15 vastaajaa, joiden joukossa on mm. psykologeja, terapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, mielenterveyshoitajia ja psykiatri.	Osalla osallistujista oli vaikeuksia ymmärtää, miksi joku kehittäisi itselleen pelon syödä, vaikka he ymmärtävät sairauden taustalla olevia mekanismeja. Vastaajat ilmaisivat olevansa haluttomia ottamaan hoidettavakseen syömishäiriöistä kärsiviä potilaita, koska he kokivat potilaiden tietävän sairaudesta heitä itseään enemmän. Vastaajat kokivat näiden potilaiden myös olevan haluttomia ottamaan vastaan hoitoa, mikä vähensi vastaajien halua työskennellä em. potilaiden kanssa.	+ Tutkittava ilmiö määritelty selkeästi. + Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite selkeästi määritelty. + Aineiston keruumenetelmä kuvattu ja soveltuu tutkittavaan ilmiöön. + Aineiston käsittely ja analyysi kuvattu. + Tulokset esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aiempiin tutkimuksiin. + Johtopäätökset perustuvat tuloksiin. + Eettisyys. – Osalla vastaajista ei kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. – Laatuksiteereitä ei määritelty luotettavuuden arvioinnissa.
Pohjolainen, V. 2017. Väitöskirja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli	Kyselytutkimus. 72 lai-	Ennen hoitoa ahmimishäiriö- ja	Ei kirjallisuuskatsauksen lähtee-

<p>Suomi. Helsingin yliopisto</p> <p>Health-related quality of life and cost-utility in bulimia nervosa and anorexia nervosa in women</p>	<p>lisätiedon saaminen syömishäiriöyksikön tavanomaisen hoidon tuloksellisuudesta.</p>	<p>huushäiriöpotilasta ja 110 ahmimishäiriöpotilasta</p>	<p>laihuushäiriöpotilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli heikentynyt, mutta seurannassa se parani merkitsevästi.</p>	<p>nä, joten tutkimusta ei arvioitu laatukriteerien mukaisesti.</p>
---	--	--	--	---

Kirjallisuuskatsauksen hakutaulukko

Tieto- kanta	Haku- sanat	Osu- mat	Otsiko- iden pe- rusteella valitut	Tiivis- telmän perusteella valitut	Kirjal- lisuuskatsa- ukseen valitut tut- kimukset	Tutkimuksen nimi
PubMed	attitude* eating disorder	1318	16	9	6	1. Knowledge and Attitudes of Psychiatrists Towards Eating Disorders. 2013. Iso-Britannia.
	attitud* eating disorder	1305	18	9	6, samat kuin edelli- sessä.	2. Clinician reactions to patients with eat- ing disorders: a re- view of the literature. 2012. Yhdysvallat.
	professio* attitude* eating disorder	197	7	5	4, samat kuin edelli- sissä.	3. Knowledge, Atti- tudes and Chal- lenges of Healthcare Professionals Man- aging People With Eating Disorders: A Literature Review. 2017. Singapore.
	healthcar* profes- siona* attitude* eating disorder	15	5	3	2, samat kuin edelli- sissä.	4. Primary care phy- sicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? 2009. Iso- Britannia.
	nurs* at- tit* eati* disord*	179	5	3	3, 1 uusi.	5. Attitudes and knowledge levels of

						<p>nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. 2013. Kansainvälinen julkaisu.</p> <p>6. Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. 2010. Iso-Britannia.</p> <p>7. Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study. 2017. Singapore.</p>
Cinahl (Ebsco)	attitude* eating disorder	78	7	5	4, 1 uusi.	1. Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. 2011. Australia.
	attitud* eating disorder	83	7	4	4, samat kuin edelli- sissä.	2. Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: healthcare professionals' knowledge and attitudes. 2015. Irlanti.
	professio* attitude* eating disorder	4	4	3	3, samat kuin edelli- sissä.	
	healthcar* profes- siona*	2	2	2	2, 1 uusi.	

	attitude* eating disorder					
	healt* prof* eatin* disord*	25	4	4	4, samat kuin edelli- sissä.	

Esimerkki sisällönanalyysin muodostumisesta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
As the ward was a mixed ward consisting of both general psychiatric and patients with eating disorders, some nurses pointed out that caring for patients with eating disorders was much more challenging than for general psychiatric patients, due to the complicated nature of eating disorders.	syömishäiriöpotilaiden hoitoa pidettiin haastavana kuin muiden mielenterveyspotilaiden hoitoa	Potilaisiin ja sairauteen liittyvät tekijät	Asenteisiin vaikuttavat tekijät
Psychiatrists felt more confident in diagnosing eating disorders than managing these conditions. Attitudes towards eating disorders were less stigmatizing than those seen in other health professionals.	psykiatrien asenteet syömishäiriöisiä kohtaan eivät olleet niin leimaavia kuin muiden ammattihenkilöiden	Ammattihenkilöihin liittyvät tekijä	

Kyselylomake**Taustatiedot**

1. Ikäsi?

- ☐ Alle 20 vuotta
- ☐ 20–30 vuotta
- ☐ 31–40 vuotta
- ☐ 41–50 vuotta
- ☐ 51–60 vuotta
- ☐ Yli 60 vuotta

2. Sukupuoli

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. Ammattiryhmä

- ☐ Psykiatri
- ☐ Muu lääkäri
- ☐ Psykologi
- ☐ Sairaanhoidaja
- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Mielenterveyshoitaja
- ☐ Terveystenhoitaja
- ☐ Ravitsemusterapeutti
- ☐ Fysioterapeutti
- ☐ Toimintaterapeutti
- ☐ Muu työntekijä, mikä _____

Kokemus syömishäiriöiden kanssa työskentelystä

4. Kuinka pitkään olet työskennellyt syömishäiriötä sairastavien kanssa?

- ☐ 0-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ 11-15 vuotta
- ☐ 16-20 vuotta
- ☐ yli 20 vuotta

5. Kuinka usein työskentelet syömishäiriötä sairastavien kanssa?

- ☐ Päivittäin
- ☐ Viikoittain
- ☐ Kuukausittain
- ☐ Vuosittain
- ☐ Harvemmin
- ☐ En lainkaan

6. Mitä kaikkia syömishäiriöitä sairastavia arvioit kohtaavasi työssäsi? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- ☐ Laihuushäiriö (anoreksia)
- ☐ Epätyypillinen laihuushäiriö
- ☐ Ahmimishäiriö (bulimia)
- ☐ Epätyypillinen ahmimishäiriö
- ☐ Ahmintahäiriö (BED)
- ☐ Muu syömishäiriö
- ☐ En osaa sanoa

7. Mitä syömishäiriöitä arvioit kohtaavasi työssäsi eniten?

- ☐ Laihuushäiriö (anoreksia)
- ☐ Epätyypillinen laihuushäiriö
- ☐ Ahmimishäiriö (bulimia)
- ☐ Epätyypillinen ahmimishäiriö
- ☐ Ahmintahäiriö (BED)
- ☐ Muu syömishäiriö
- ☐ En osaa sanoa

8. Minkä ikäisiä syömishäiriötä sairastavia arvioit kohtaavasi työssäsi useimmin?

- ☐ 0-12v
- ☐ 13-20v
- ☐ 21-30v
- ☐ 31-40v
- ☐ Yli 40-vuotiaat

9. Työskenteletkö syömishäiriöitä sairastavien kanssa avohoidossa, sairaalahoidossa vai molemmissa?

- ☐ Avohoito
- ☐ Sairaalahoito
- ☐ Avohoito ja sairaalahoito

10. Työskenteletkö muiden mielenterveydenhäiriöiden parissa?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

11. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, minkä mielenterveydenhäiriöiden parissa työskentelet?

12. Millaisiksi itse koet omat tietosi syömishäiriöiden hoidossa?

- ☐ Erittäin hyvä
- ☐ Hyvä
- ☐ Kohtalainen
- ☐ Huono
- ☐ Erittäin huono

13. Millaisiksi itse koet omat taitosi syömishäiriöiden hoidossa?

- ☐ Erittäin hyvä
- ☐ Hyvä
- ☐ Kohtalainen
- ☐ Huono
- ☐ Erittäin huono

14. Tunnetko tarvitsevasi lisää tietoa syömishäiriöistä?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

15. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, mistä tunnet tarvitsevasi lisää tietoa?
Vastaa alla olevaan tekstikenttään.

[illegible]

16. Kuinka usein olet osallistunut syömishäiriöitä käsitteleviin koulutuksiin vuosittain (viimeisen 10 vuoden sisällä)? Merkitse vastauksesi arviona koulutuspäivien määrästä vuodessa. _____

Väittämät

Seuraavaksi esitämme erilaisia väittämiä syömishäiriöitä sairastavista ja heidän hoidostaan. Vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat seuraavat:

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Osittain eri mieltä
- 3 = En samaa, enkä eri mieltä
- 4 = Osittain samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä

17. Syömishäiriöstä voi toipua täysin

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

18. Syömishäiriötä sairastava on vastuussa sairastumisestaan

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

19. Syömishäiriötä sairastavat eivät yleensä halua hoitoa

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

20. Syömishäiriöiden taustalla on muutakin kuin ulkonäköön liittyvät seikat

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

21. Syömishäiriöiden hoito on mielenkiintoista

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

22. Syömishäiriöiden hoito on haastavaa

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

23. Syömishäiriöiden hoito on haastavampaa kuin muiden mielenterveydenhäiriöiden hoito

Täysin eri mieltä	1	2	3	4	5	Täysin samaa mieltä
-------------------	---	---	---	---	---	---------------------

24. Pidän syömishäiriötä sairastavien kanssa työskentelystä

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

25. Koen oloni epämukavaksi työskennellessäni syömishäiriötä sairastavien kanssa

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

26. Työskentelen mieluummin syömishäiriötä kuin muita mielenterveydenhäiriötä sairastavien kanssa

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

27. Koen, että ammatillinen osaamiseni riittää syömishäiriötä sairastavien tarpeisiin vastaamiseen

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

28. Työpaikallani on tarpeeksi resursseja syömishäiriöiden hoitoon

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

29. Minulla on tarpeeksi resursseja syömishäiriöiden hoitoon

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

30. Minulla on tarpeeksi osaamista syömishäiriötä sairastavien kanssa työskentelyyn

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

31. Laihuushäiriö on ahmimishäiriötä yleisempi syömishäiriö

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

32. Laihuushäiriö on ahmimishäiriötä pitkäkestoisempi syömishäiriö

Täysin eri mieltä 1 2 3 4 5 Täysin samaa mieltä

Tunteet

Syömishäiriöitä sairastavien kanssa työskentelyyn ja hoitoon liittyy monenlaisia tunteita. Alla lueteltuna joitakin niistä. Kuinka usein itse koet alla lueteltuja tunteita? Vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat seuraavat:

1 = Ei koskaan

2 = Harvoin

3 = Joskus

4 = Usein

5 = Aina

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Aina
Huolestuneisuus	1	2	3	4	5
Turhautuneisuus	1	2	3	4	5
Kyllästyneisyys	1	2	3	4	5
Toivottomuus	1	2	3	4	5
Epäonnistuminen	1	2	3	4	5
Myötätunto	1	2	3	4	5
Epäpätevyys	1	2	3	4	5
Avuttomuus	1	2	3	4	5
Epämukavuus	1	2	3	4	5
Väsymys	1	2	3	4	5
Lannistuneisuus	1	2	3	4	5
Ymmärrys	1	2	3	4	5
Viha	1	2	3	4	5

- [illegible]

-
- This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.